ANNO XL Roma, 3 Luglio 1933 - XI Num. 27

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Patologia Chirurgica della R. Univer. di Messina.

Segno semiologico patognomonico delle ulceri gastriche e duodenali.

Prof. STEFANO PUGLISI-ALLEGRA,
Direttore incaricato.

Scopo di questa nota è di richiamare l'attenzione dei medici pratici su di un sintoma patognomonico per l'ulcera gastro-duodenale, sintoma che ho cominciato a notare ed a far notare fin dal 1925, e che rendo solo oggi di pubblica ragione, dopo un controllo radiologico di oltre 500 casi, ed uno operatorio di 310 casi.

Tale sintoma, se presente nettamente, rende possibile una diagnosi della malattia più sicura di quella che può fornire una storia clinica ben raccolta, ed un esame radiologico ben fatto, poichè talvolta la prima è muta, o mostra solo sintomi di dispepsia, il secondo non offre che segni per una diagnosi indiretta e di probabilità.

Nei casi di ulcera gastrica e duodenale (bisogna escludere le piccole ulcerazioni da necrosi della mucosa di natura arteriosclerotica o luetica) la pressione tangenziale del polpastrello dell'indice sull'arcata costale fa rilevare in una zona circoscritta quanto un'attuale moneta da 10 cent. una dolorabilità spiccata, variabile nel senso distale-mediale a secondo che si tratti di ulcera duodenale, pilorica o della piccola curvatura. Questa dolorabilità è in corrispondenza della papillare destra, o fra questa e l'ascellare anteriore, se si tratta di ulcera duodenale, sulla parasternale destra all'incirca, se di ulcera pilorica, sulla parasternale sinistra, se di ulcera della piccola curvatura.

Quando esistono solo fatti di pilorite, o una nevrosi gastrica dolorosa, o una pericoliciste, si manifesta una dolorabilità diffusa, ma non rilevasi mai la presenza di un punto doloroso evidente e circoscritto come quando esiste l'ulcera.

Come spiegare il sintoma?

Per intendere bene il meccanismo con cui si produce è necessario tenere presente la struttura e la disposizione del simpatico toracico.

Il gran simpatico nella regione toracica mantiene chiaramente la disposizione segmentaria primitiva, e rappresenta una dipendenza dell'asse cerebro-spinale, con il quale sono in rapporto le sue fibre centrifughe e centripete.

Le prime dirette verso la periferia provvedono all'innervazione della musculatura liscia dei visceri e delle glandole.

Tali fibre pregangliari che nascono sul corno anteriore della sostanza grigia del midollo, raggiungono per via dei rami comunicanti, i gangli del tronco del simpatico, o quello del corrispondente segmento, o in parte lasciando collaterali sulla loro via, arrivano per i cordoni intermedî ad un altro ganglio della serie.

Dai gangli simpatici si originano le fibre postgangliari, le quali per raggiungere gli organi ai quali sono destinate o prendono la via dei rami comunicanti e successivamente del tronco del nervo spinale e dei suoi rami, o entrano a far parte dei rami periferici del simpatico.

Le fibre centripete provengono dalla periferia da una espansione contenuta in un muscolo liscio, o nel connettivo, o nella parete dei vasi, o in un organo periferico di senso, decorrono in un ramo periferico del simpatico, traversano i gangli del tronco, e quindi per il ramo comunicante, vanno alla radice posteriore del nervo spinale fino al ganglio spinale.

Nell'attraversare i gangli simpatici del tronco dette fibre lasciano collaterali, che si mettono in rapporto colle cellule d'origine delle fibre postgangliari alle quali possono trasmettere stimoli e determinare riflessi.

È noto dalle ricerche del Ducceschi che la mucosa gastrica, non sensibile allo stato normale, percepisce come doloroso uno stimolo di una certa intensità che arrivi a determinare la contrazione della muscolatura.

Il Muratori stimolando nel cane, attraverso una fistola, mediante elettrodi la mucosa gastrica dopo la recisione dei vaghi al collo, constatò che veniva abolito il vomito riflesso, ma persisteva la sensibilità dolorifica, quindi dimostrava che essa era trasmessa per le vie simpatiche. D'altro canto Neumann e Kappis hanno assodato che gli stimoli dolorifici, anche intensi, esercitati sullo stomaco non sono più percepiti dopo la sezione degli splacnici.

Il Lawen, l'ideatore dell'iniezione paravertebrale, ha dimostrato come la sensibilità dolorifica dello stomaco si trasmette per via simpatica attraverso i rami comunicanti delle radici spinali (6ª, 7ª e 8ª), e da essi ai centri superiori.

Tale constatazione è stata confermata da Kappis e Gerlach, da Kulenkampf, dal Brun, dal Mandl.

Il Pieri ha potuto dimostrare che anche le radici 4ª e 5ª dorsale contribuiscono all'innervazione gastrica, poichè con l'iniezione paravertebrale di tutocaina eseguita a livello di queste radici d'ambedue i lati, compaiono zone di anestesia gastrica.

Egli afferma giustamente che l'innervazione simpatica sensitiva dello stomaco ha un carattere metamerico costante, a cui corrisponde una topografia di sensibilità costante.

La 4ª radice corrisponde alla parte cardiaca, la 5ª al corpo, la 6ª alla parte sinistra dell'antro che confina con il corpo, la 7ª alla metà pilorica dell'antro ed al piloro, l'8ª in massima parte al duodeno.

Stando così le cose, lo stimolo doloroso si trasmette attraverso il simpatico ai gangli toracici del medesimo e per il ramo comunicante sia ai gangli che ai centri spinali, e per via riflessa attraverso l'intercostale e precisamente attraverso i suoi rami perforanti alle pareti addominali determinando un'area d'ipersensibilità dei tessuti che la costituiscono, che ha la sua espressione come sensazione dolorosa alla pressione, ipersensibilità che è perfettamente indipendente dal dolore profondo che si risveglia spingendo le pareti addominali contro l'organo sede di una lesione anatomo-patologica.

Tale ipersensibilità è precisa, facilmente apprezzabile, molto circoscritta, inconfondibile, corrispondente perfettamente alle zone d'innervazione simpatica descritte, in modo che dalla sua sede è possibile, con assoluta sicurezza, determinare la sede della lesione gastrica, se duodenale, pilorica o della piccola curvatura.

Ho constatato in numerosi casi che l'iniezione paravertebrale di tutocaina praticata in corrispondenza della 6ª, della 7ª o dell'8ª radice spinale, fa sparire per un tempo più o meno lungo, certamente molto più lungo di quello che non comporti la possibile azione anestetica del farmaco iniettato, il dolore tangenziale sull'arcata costale.

È da ritenere quindi che oltre un'azione di blocco temporaneo della sensibilità dolorifica, l'iniezione paravertebrale determini un effetto antispasmodico di una certa durata, per il quale anche il riflesso doloroso alla cui genesi oltrechè il processo ulcerativo vi contribuisce altamente lo spasmo circoscritto delle pareti gastriche ove ha sede la lesione anatomica, viene attenuato.

Questa mia maniera di vedere viene convalidata dal fatto che ho potuto avere con l'iniezione paravertebrale destra di 5 cm. di soluzione di tutocaina a 0,30%, la cessazione del vomito addirittura incoercibile, per il periodo

di circa una settimana in due casi di ulcera iuxtapilorica accompagnantesi anche a forti crisi dolorose. Mi son così creata una condizione favorevole che mi ha permesso di sollevare con un'adeguata nutrizione, le condizioni delle inferme in modo da potere eseguire, con maggiore affidamento, l'intervento chirurgico.

La localizzazione precisa e circoscritta del dolore tangenziale sull'arcata costale, a seconda della sede del processo ulcerativo dello stomaco e del duodeno, ci autorizza a pensare che sia lungo gli splacnici, sia nei gangli simpatici, nei rami comunicanti e nei gangli spinali, esista un'evidente individualità anatomica delle fibre e delle cellule corrispondenti alle diverse sezioni gastro-duodenali, la quale non è possibile apprezzare specificatamente con l'iniezione paravertebrale, che agisce non solo su tutto il tronco nervoso, ma anche sui gangli, dando territorî di anestesia che, come ha osservato il Pieri, si sovrappongono l'uno sull'altro per una certa estensione.

Il reperto semiologico da me descritto si presta meglio che ogni altra esperienza a dimostrare il carattere prettamente metamerico dell'innervazione sensitiva dello stomaco.

Esso ha un valore pratico evidente, perchè, al di fuori di ogni ricerca complementare di gabinetto, permette una diagnosi abbastanza sicura di una malattia alle volte così polimorfa nella sua sintomatologia e nel suo decorso, quale è l'ulcera dello stomaco e specialmente quella del duodeno, malattia alle volte di diagnosi incerta e difficile, anche dopo un esame radiologico ben fatto e ripetuto, e le ricerche più accurate sul chimismo gastrico.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un segno semiologico patognomonico dell'ulcera gastrica e duodenale. Afferma che la pressione tangenziale del polpastrello dell'indice sull'arcata costale fa rilevare, in una zona circoscritta quanto un'attuale moneta da 10 cent., una dolorabilità spiccata variabile nel senso distale mediale a seconda la sede dell'ulcera: sulla papillare destra all'incirca se duodenale, sulla parasternale, se pilorica, sulla papillare sinistra se della piccola curvatura.

Con considerazioni sulla struttura anatomica e sulla fisiologia del simpatico toracico, fornisce la spiegazione del fenomeno, che ha un valore pratico indiscutibile, poichè permette, al difuori di ogni ricerca di laboratorio, la diagnosi sicura di una malattia alle volte così varia nella sua sintomatologia e nel suo decorso.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Radiologia Medica
della R. Università e degli Ospedali Riuniti di Roma.
Direttore: Prof. A. Busi.
Primario Osped. e incaricato: Prof. U. Nuvoli.

Sindromi adiposo-genitali e aumento di pressione endocranica.

Prof. U. Nuvoli.

In questi ultimi anni ho avuto campo di osservare nove casi di sindromi adiposo-genitali in giovanetti nel periodo dello sviluppo ed in tutti riscontrai segni di aumentata pressione endocranica. Mi sono quindi formato la convinzione che la causa patogenetica dell'affezione risieda frequentemente in una compressione dei centri infundibulari ipotalmici dovuta forse ad idrope del terzo ventricolo per idrocefalo interno. Quale sia l'etiologia di questo idrocefalo cronico non è facile di stabilire.

Secondo alcuni la sifilide ereditaria avrebbe una grande importanza; nei miei nove casi, solo una volta ho trovato una dubbia infezione luetica nel padre, che si sarebbe contagiato circa venti anni prima con ulcera unica, ma nel quale la W. rimase costantemente negativa. Egli del resto si era scrupolosamente curato.

In tre casi potei stabilire l'esistenza di una sinusite latente che secondo le mie vedute (v. Sinusiti croniche, Reazioni Meningee e Nevriti Ottiche Retrobulbari) può produrre una reazione cronica meningea; in altri tre casi esistevano traumi violenti del capo, nei rimanenti la etiologia risultò completamente oscura e sconosciuta.

Importantissimo mi sembra l'aver riscontrato costante assenza di alterazioni sellari a tipo ipoplasico, che tanto frequentemente vengono segnalate dagli autori. La sella turcica appariva o di dimensioni normali, o leggermente svasata (per l'idrope del terzo ventricolo?) o con lamina quadrilatera lievemente inclinata in avanti come avviene quando il terzo ventricolo ingrandito non trovasi situato a piombo sull'*aditus sellae*, ma ha una direzione obliqua dall'alto al basso e dall'indietro in avanti. Io ho dimostrato, praticando sui cadaveri il riempimento opaco del terzo ventricolo, che tale disposizione anatomica è tutt'altro che rara.

Almeno nei miei casi quindi, l'ipofisi non sembrerebbe direttamente interessata nè col-

l'aumento, nè con la diminuzione del suo volume.

I ragazzi erano tutti di piccola statura, meno due che avevano invece assunto proporzioni somatiche assai superiori alla loro età, non soltanto per ciò che riguardava l'accumulo di grasso, ma anche per la statura, e lo sviluppo scheletrico. Questi due pazienti, pur non avendo nessuna nota acromegalica, erano tuttavia dei macrosomi (uno di anni 14 misurava 1,71, l'altro di 15 anni 1,74 ½ di altezza). I radiogrammi eseguiti sulle ossa lunghe non mostravano però alcuna modificazione dell'aspetto delle cartilagini di accrescimento, che apparivano regolari e di spessore normale.

In questi ultimi tempi è stata avanzata l'ipotesi che la sindrome adiposogenitale dipenda dalla persistenza del timo oltre il normale periodo dela sua involuzione. Questa ghiandola è stata sistematicamente da me ricercata sia radioscopicamente che radiograficamente, ma mai l'ho ritrovata, almeno in proporzioni tali, da essere radiologicamente dimostrata. Solo in cinque dei miei casi mi fu possibile far praticare la puntura lombare (dott. Enderle). Il liquido estratto era costantemente limpido, ma a pressione piuttosto elevata (oscillante fra 43 e a 45 al Claud) ma non elevatissima, considerando specialmente che la misurazione fu praticata a malato in posizione seduta.

Per riportare la pressione al normale fu necessario estrarre dai 10 ai 15 cmc. di liquido. La Wassermann e le altre ricerche rimasero costantemente negative. Importantissima mi sembra la constatazione che, malgrado l'ipertensione, la cefalea può completamente mancare o può essere modica e saltuaria. Io l'ho riscontrata, molto accentuata, due volte.

Le urine apparvero sempre normali per quantità e qualità. L'esame del fondo oculare, non mostrò nulla di notevole eccettuato in un caso, dove si riscontrò un leggero edema peripapillare (pressione del liquor al Claude 43). L'esame del campo visivo mostrò invece sempre un lieve restringimento dove più e dove meno accentuato e non in rapporto diretto col grado dell'aumento di pressione; infatti in un caso dove al Claude si ebbe un valore di 45 il campo visivo era ristretto leggermente e solo in un occhio, ed anche quì assai meno che negli altri casi a pressione più bassa. Questo reperto si presta a numerose considerazioni: se la diminuzione del campo visivo è realmente dovuta all'aumento di pressione endocranica, perchè non è in diretto rapporto con essa? Perchè alcune volte è più marcata o trovasi da un solo lato? Perchè l'edema peripapillare non si verifica solo in quei casi dove l'aumento di pressione è maggiore? Io credo effettivamente che il rapporto fra diminuzione del campo visivo, produzione dell'edema peripapillare ed aumento della pressione endocranica non possa essere negato, ma ritengo anche che le diversissime disposizioni anatomiche dei nervi ottici, sia rispetto al piano osseo su cui poggiano, sia rispetto alla disposizione della guaina meningea che li avvolge, debbano essere i fattori da considerarsi in questo comportamento così diverso ed apparentemente così paradossale. Anche il processo infiammatorio cronico della meninge, capace di produrre piccole aderenze parcellari nel territorio del chiasma e delle guaine ottiche, come già ebbi ad affermare in un altro mio lavoro, può impedire il penetrare del liquor nell'interno della guaina stessa e quindi la compressione diretta sul nervo per strozzamento a livello del canale ottico. Va anche, a mio avviso, considerato il rapporto reciproco fra chiasma e 3° ventricolo. È ormai accertato che il chiasma non occupa anatomicamente la sede precisa del *sulcum chiasmatis*, ma trovasi in genere o un poco più avanti o un poco più indietro. Quando è spostato in avanti esso si allontana dal terzo ventricolo e quindi è meno facilmente compresso e più tardivamente.

La compressione sarà poi resa anche più difficile in quei casi, non rari, in cui il terzo ventricolo assume la disposizione obliqua dall'alto al basso e dall'indietro all'avanti e nella sua distensione viene perciò principalmente a gravare sulla lamina quadrilatera.

In un recente e molto completo lavoro del prof. T. Lucherini, apparso sul *Policlinico* (sez. prat.) e intitolato *Distrofia ad. gen. famigliare ed alterazioni craniche*, si mette in dubbio che l'aspetto radiologico del cranio riscontrato nei suoi casi sia effettivamente dovuta ad aumentata pressione endocranica e si prende in considerazione la possibilità di una disostosi del cranio, legata alla alterazione della regione infundibolare. Io non posso in alcun modo associarmi al suo punto di vista.

Nei miei casi, come nei suoi, si è riscontrato: accentuazione notevole delle impronte digitate, aumento della circolazione diploica, qualche alterazione sellare consistente o in leggero svasamento o in una forte inclinazione in avanti della lamina quadrilatera « fin quasi a far aderire i processi clinoidei posteriori, ben conservati, con gli anteriori, facen-

do pressochè scomparire l'*introitus sellae* » (parole del Lucherini). Questi sono e rimangono i segni radiologici classici dell'aumentata pressione endocranica. Anche l'inclinazione in avanti della lamina quadrilatera può essere, come sopra ho già detto, l'espressione radiologica dell'idrope del terzo ventricolo. Egli non ha trovato diastasi delle suture, io l'ho trovata quattro volte su nove. Nei suoi casi, come nei miei, la puntura lombare dimostrò un aumento della pressione del Liquor (sebbene non eccessivo) il che avvalora l'ipotesi che i segni radiologici in questione siano effettivamente dovuti ad ipertensione. Rimane da spiegare tuttavia perchè essi appaiono forse sproporzionati alla pressione riscontrata al Claude e come e perchè in qualche caso manchi la diastasi delle suture. Io dico che l'evidenza di tali segni, più che al grado della pressione, è legata al tempo dal quale essa dura; quanto più lungo è il tempo, tanto più manifeste si rendono le alterazioni craniche, appunto perchè esse hanno avuto modo di formarsi e mostrarsi nel loro pieno e completo sviluppo. È del resto una legge generale che una causa, anche piccolissima, può portare ad effetti rimarchevoli qualora essa agisca molto a lungo; le impronte digitate, espressione di un processo di atrofia da compressione del tavolato interno, e la circolazione diploica saranno quindi tanto più marcate quanto più antica sarà l'ipertensione.

Ciò non mi sembra egualmente valere per la diastasi delle suture, la quale sarà invece l'indice del grado della ipertensione stessa.

Quanto più essa è elevata e insorta rapidamente, tanto più le suture saranno sollecitate alla diastasi. Se la pressione interna sarà scarsa, piccola sarà la diastasi e, qualora il processo duri a lungo, esso potrà costituire uno stimolo alla proliferazione ossea tale da venire a colmare il maggior distanziamento.

Per questa ragione nell'idrocefalo cronico non solo le suture possono non essere evidenti, ma anzi quasi scomparire.

Le alterazioni descritte dal Lucherini al livello della volta, per quanto può giudicarsi dai radiogrammi che egli riporta, mi sembra rientrino nei segni dell'aumento di pressione e nelle variazioni anatomiche normali di questa regione che sono numerosissime. Egli parla infatti di « due areole chiare nella regione frontale » che interpreta come piccole ernie cerebrali, e di « un punto della teca cranica in corrispondenza quasi del vertice, dove il tavolato interno ed esterno appaiono distesi e come gonfiati ». Io credo che le due areole chiare debbano essere interpretate come granulazioni del Pacchioni, che negli stati ipertensivi si fanno molto evidenti e profonde. L'aspetto pneumatizzato a livello del vertice costituisce poi un reperto normale, che si riscontra molto comunemente in questa regione, del resto assai variabile per l'esistenza nella prima infanzia della fontanella bregmatica e pel suo consecutivo processo di ossificazione, non sempre identico in tutti i casi e legato a molti fattori generali e locali. Io posso presentare numerosissimi radiogrammi di crani perfettamente normali, dove è visibilissimo l'aspetto descritto dal Lucherini.

Credo quindi non ammissibile l'ipotesi di una disostosi cranica legata allo stato adiposo genitale, simulante radiologicamente la sindrome dell'aumentata pressione endocranica; mi preme invece di far notare che anche nei casi del Lucherini, come nei miei, esiste un aumento di pressione del liquido cefalo rachidiano dimostrato sia dall'esame radiologico, sia dalla misurazione col manometro di Claude. Fra i miei ed i suoi casi, si viene a formare un blocco importante in cui un fatto è costante; l'ipertensione cronica. Dalle mie osservazioni quindi e da quelle di Lucherini si può avanzare l'ipotesi che questa sia anche la causa più frequente della lesione dei centri ipotalamici. È lecito infatti pensare che nel periodo dello sviluppo, in cui detti centri assumono il massimo della loro funzionalità, anche una lieve compressione, ma continuativa, possa arrecare un disturbo notevole.

Non è mio intendimento entrare in una discussione etiologica della malattia in questione e prendere in considerazione le cause capaci di portare la ipertensione; a mio modo di vedere, oltre la lues, possono avere grande importanza i traumi del capo (idrocefalo postraumatico, molto più frequente di quello che si crede), e le sinusiti croniche latenti.

I traumi del capo sono stati da me riscontrati tre volte su nove casi, come pure tre volte esistevano sinusiti latenti. Bisogna però riconoscere che la etiologia di moltissime meningiti sierose ci rimane completamente sconosciuta. Io ne ho vedute insorgere in gran numero in seguito all'encefalite letargica e accompagnare i postumi di questa terribile malattia; si potrebbe quindi avanzare l'ipotesi che encefaliti fetali o della primissima infanzia, passate inosservate, siano la causa di esse.

Una questione che mi sembra importante è quella della prognosi e della terapia.

Queste forme da ipertensione, nei ragazzi dai 10 ai 17 anni, mi sono parse piuttosto benigne e ben trattabili. Solo una volta un piccolo paziente presentò al grado estremo i segni ca-

ratteristici della sindrome; esso aveva 14 anni, era alto m. 1,55 e pesava ben 70 chilogrammi. Gli organi genitali erano appena prominenti dalla gran massa di grasso pubica ed i testicoli si palpavano nello scroto piccolissimi e flaccidi. L'intelligenza era normale ma il ragazzo stava quasi sempre seduto, in uno stato di profonda apatia e si muoveva con movimenti torpidi e lenti; la forza muscolare era inferiore alla norma. Anche questo soggetto si giovò tuttavia della cura opoterapica praticatagli.

Data la patogenesi della malattia da me ammessa, era logico pensare che la cura di elezione dovesse consistere nella decompressione. Io però ho potuto praticarla soltanto in due casi, perchè negli altri furono sostituite cure opoterapiche, forse perchè non si ebbe sicura fede che l'ipertensione potesse essere veramente la causa della sindrome.

Le punture lombari vennero eseguite dal dott. Enderle il quale ogni volta protraeva la estrazione del liquido fino a riportare la pressione pressochè alla norma il che avveniva in genere dopo 10-15 cmc. L'operazione si ripeteva ogni mese. In un caso, che era anche assai grave, dopo otto punture si ebbe una regressione completa dei sintomi. Il peso da circa 70 Kg. discese a circa 58, la statura crebbe più rapidamente che in passato, gli organi genitali esterni assunsero sviluppo normale.

Il secondo caso ottenne l'effetto desiderato con sei punture, ma dopo circa otto mesi ebbe un peggioramento, per cui si dovettero praticare altre quattro punture.

Degli altri sette casi, quattro furono da me seguiti. Essi vennero trattati dai medici ai quali erano stati affidati, con preparati opoterapici (estratti d'ipofisi, timo e testicolo).

Anche in questi i risultati non furono cattivi poichè si notò una certa regressione nella sintomatologia.

Non ci siamo azzardati a praticare la radioterapia dei plessi coroidei, temendo effetti dannosi sull'ipofisi, che da mie esperienze (vedi Rachitismo Sperimentale, ecc., « Policlinico », 1923), sembra molto sensibile all'azione dei raggi X nel periodo infantile.

RIASSUNTO.

L'A. ha osservato nove casi di sindrome adiposogenitale in adolescenti dai 10 ai 17 anni ed in tutti riscontrò un'accentuazione della pressione endocranica a cui egli riferisce una delle cause principali della malattia per probabile disturbo nella funzione dei centri ipotalamici nel periodo di loro massima attività, dovuto all'idrope del terzo ventricolo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Su la malattia di Osgood-Schlatter.

Prof. dott. MARIO SEGRÈ,

Docente nella R. Università di Modena
già dell'Istituto Rachitici Umberto I
di Modena.

Prendere ancora la parola su la malattia di Osgood-Schlatter, argomento che è stato ampiamente illustrato da numerosissimi autori, e che ha un'abbondantissima letteratura, ricca di notevoli contributi clinici, radiografici ed anche anatomici, può sembrare una superfluità: e di scarsissima utilità può poi apparire la pubblicazione, cui mi accingo, di un caso isolato.

Ma io mi sono indotto a farlo perchè il trattamento oltremodo semplice da me adottato, che ha portato alla desiderata perfetta guarigione, è applicabile anche dal medico pratico, fornito dei più elementari sussidi terapeutici, e merita quindi di essere divulgato come mezzo efficace di cura contro una malattia ritenuta fin qui di dominio esclusivo della chirurgia; e avendo potuto seguire il caso per lunghissimo tempo, penso di recare altresì qualche chiarimento alla patogenesi dell'affezione.

Ma ecco l'osservazione occorsami otto anni or sono.

L. C., da Casinalbo (Modena), d'anni 15, si presenta l'11 giugno 1924 al mio ambulatorio per una sensazione dolorosa al ginocchio sinistro, il quale gli sembra anche più gonfio dell'altro: tale sensazione è più propriamente localizzata nel punto d'inserzione del tendine rotuleo. Non ricorda d'aver subìto alcun trauma diretto sulla parte: è appassionato giuocatore di foot-ball, ma da oltre 10 mesi, da quando cioè ha cominciato ad aver dolore non può più giocare: anzi da 20 giorni e più ha cominciato ad avvertire anche a destra una certa dolenzia, che il paziente mette in relazione con la maggiore fatica cui sottopone quest'arto per far riposare il malato. Il dolore si esacerba notevolmente nei movimenti di flessione della gamba sulla coscia, con la compressione della parte.

Non ha mai avuto altri dolori agli arti inferiori, non deformità neppure nei primi mesi di vita, ha regolarmente cominciato a camminare prima del 12° mese. È studente e non ha mai avuto l'abitudine, e tanto meno la necessità di stare a lungo ginocchioni. L'anamnesi personale e famigliare è pura: i genitori sono viventi e sani e così gli avi paterni e materni sono morti in età avanzata; è il primogenito di altri due fratelli pure sani; non ha mai avuto, all'infuori dei comuni esantemi dell'infanzia, alcuna malattia degna di nota.

All'esame obbiettivo si constata subito una intumescenza delle dimensioni di circa una noce, in corrispondenza della tuberosità anteriore della tibia sinistra: la cute che la ricopre è di apparenza

normale: la medesima regione a destra non presenta deformità apparenti. Alla palpazione a sinistra si risveglia un dolore acutissimo proprio nel punto d'inserzione del tendine rotuleo, a destra invece una modica dolenzia perfettamente sopportabile: nessun altro punto dolente è rintracciabile lungo entrambe le gambe. Nè sulle tibie, nè sulle altre ossa lunghe sono reperibili altre prominenze: entrambi gli arti inferiori si presentano ben sviluppati e non si apprezzano differenze notevoli dall'uno all'altro. Tutti i movimenti passivi e attivi del ginocchio sono possibili tanto a sinistra che a destra, solo più dolenti nell'arto malato. La deambulazione normale non è punto difettosa,

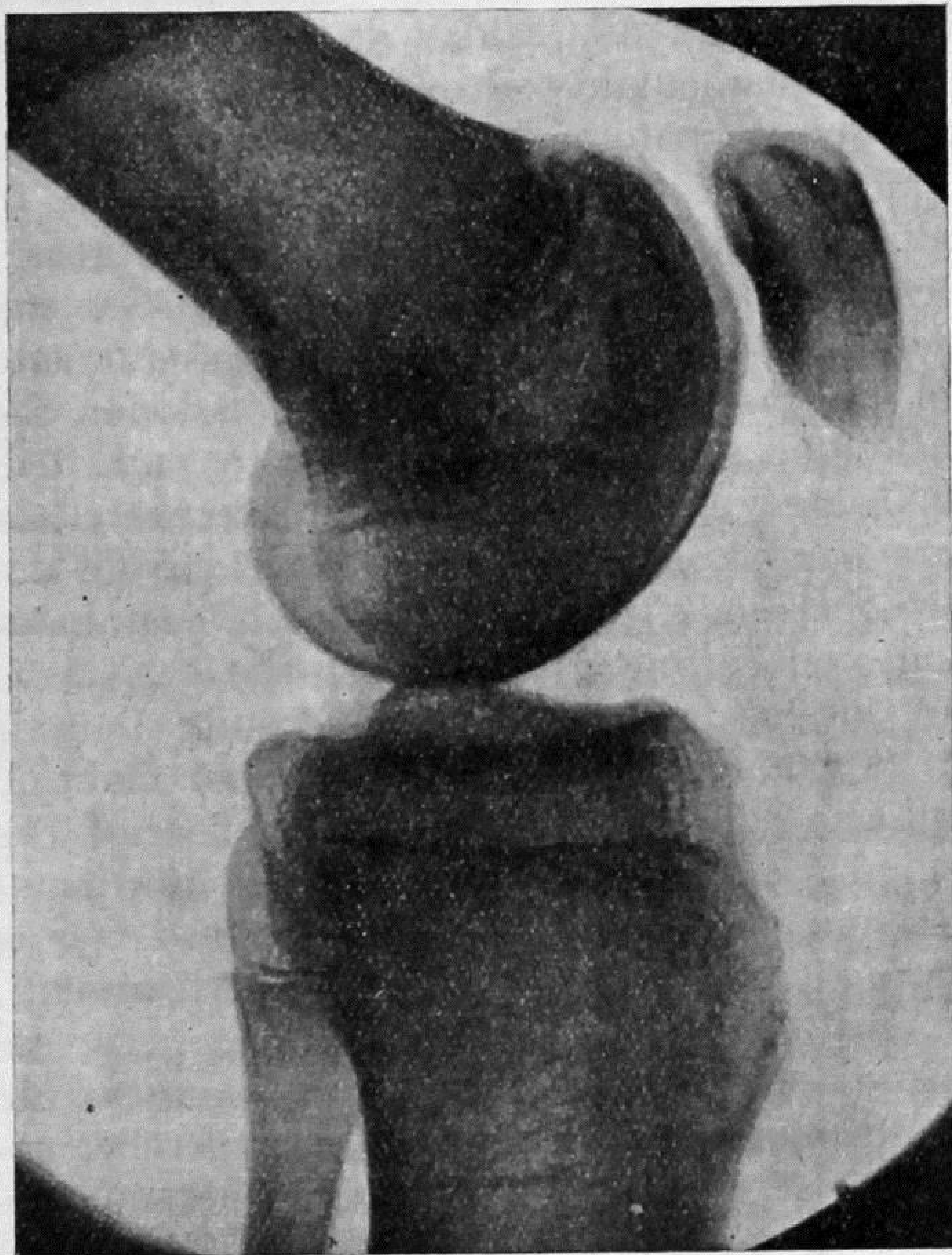


FIG. 1.

difficile è invece la corsa, dolorosissima poi a sinistra la flessione del ginocchio che il giovane esegue però quasi completamente.

La costituzione generale del ragazzo è ottima: le masse muscolari e il pannicolo adiposo sono ben sviluppati: non si notano segni di rachitide in atto o remota: non segni di tare ereditarie luetiche o tubercolari.

Sospetto subito si tratti di una forma di morbo di Osgood-Schlatter, e propongo senz'altro una radiografia che viene eseguita nell'Istituto di radiologia e terapia fisica dell'Università, diretto dal prof. Balli: per gentile concessione di questi, che sentitamente ringrazio, posso riprodurre le radiografie di entrambe le ginocchia: e mentre a destra (fig. 1) non si rileva nulla di speciale, a sinistra invece (fig. 2) si nota realmente una disposizione tale della tuberosità tibiale anteriore da far ritenere fondata l'ipotesi formulata.

Prima di proporre un intervento chirurgico, che il ragazzo per altro ricuserebbe, tento la cura immobilizzante, e applico un apparecchio gessato non solo al ginocchio ma a tutto l'arto. Quando rivedo l'infermo dopo 25 giorni le condizioni locali sono notevolmente migliorate: la tumefazione è assai diminuita, la dolorabilità persiste ancora, ma meno intensa, i movimenti di flessione sono meno dolorosi. Per aderire al desiderio dell'infermo consento a fargli una semplice fasciatura contentiva con una benda elastica: gli raccomando il maggior riposo possibile, e gli prescrivo intanto una cura generale iodo-arsenicale, e lo faccio ritornare dopo una diecina di giorni. A questo nuovo esame le condizioni dell'arto, sempre migliori rispetto a quelle della prima visita, sono pressochè staziona-

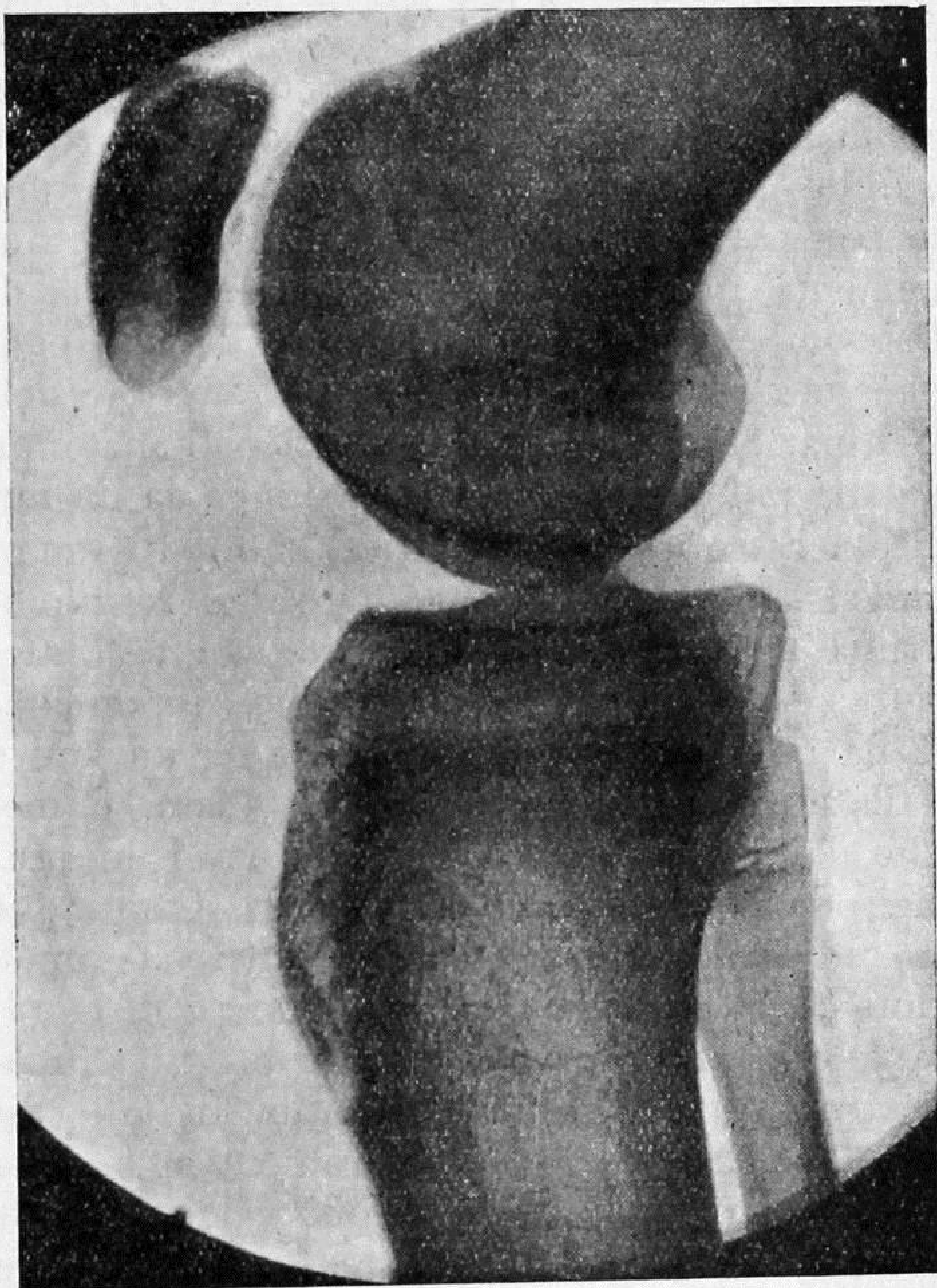


FIG. 2.

rie rispetto a quelle della seconda, permanendo una quasi impercettibile tumefazione ed una modica dolorabilità. Rifaccio pertanto l'apparecchio gessato dal piede a metà coscia, allo scopo di obbligare il ragazzo ad un forzato riposo, e lo invito a presentarsi dopo altri 25 giorni continuando la cura ricostituente. In questa nuova visita la differenza obbiettiva fra i due arti è completamente scomparsa, ed anche la dolorabilità alla pressione è completamente assente. Nei movimenti articolari il paziente non avverte alcuna sensazione dolorosa.

Considero guarito il ragazzo: sospendo qualsiasi cura interna, ma consiglio per misura prudenziale l'uso, ancora per qualche tempo, della benda elastica, e l'astensione completa da sforzi. È il 14 agosto: prego il giovane a farsi rivedere nell'autunno, e viene infatti da me ai primi di novembre. All'esame non accusa dolore di sorta e dichiara anzi di non avere mai sofferto dopo l'ultima visita.

Ho rivisto casualmente il giovane nelle estati del 1925 e 1926 e mi ha inequivocamente dichiarato di non avvertire più il menomo disturbo

Egli cambiò residenza e lo perdetti di vista, sì che non mi è stato possibile fare una nuova radiografia a distanza, come era mio desiderio. Ho saputo peraltro che, dichiarato idoneo alla visita di leva, ha prestato il suo regolare servizio militare senza risentirsene affatto.

Non credo si possa mettere in dubbio la completa guarigione conseguita, e neppure mi pare necessario spendere molte parole nella dilucidazione della diagnosi, che, chiara per sè stessa, è stata confermata dal reperto radiologico.

Come è noto la patogenesi di questa affezione rappresenta il punto più controverso: e quindi anche il più modesto contributo è utile per portare qualche chiarimento. È comunemente ammesso da tutti che la malattia di Osgood-Schlatter è rappresentata da una condizione anomala della tuberosità anteriore della tibia. Secondo i dati acquisiti dall'anatomia e dalla radiologia, questa si sviluppa da un nucleo accessorio, comparso tra l'8° e il 10° anno, che si salda alla diafisi tra il 18° e il 24° anno, prima nella porzione superiore, poi nell'inferiore; e radiologicamente sarebbe rappresentata da un tubercolo ancora libero da un lato e dalla fusione superiore nell'altro lato, o meglio dallo spostamento reciproco fra i due nuclei che pur si mantengono liberi. Comunque la radiografia mostra che la tuberosità anteriore della tibia, anche senza essere distaccata totalmente o in parte, ha contorni sfumati, irregolari, e aspetto rarefatto. In tali casi secondo Busi (1) la teoria traumatica o dello scollamento apofisario non può evidentemente valere, e ad essi competerebbe la dignità di un quadro morboso speciale, da interpretarsi o come un fatto flogistico della tuberosità anteriore della tibia, o come un disturbo dell'accrescimento osseo.

Secondo il Fels (2), che espone i risultati di ricerche eseguite su 73 epifisi superiori di tibia, sezionate perpendicolarmente al maggior asse, appartenenti a feti e a adulti fino a 23 anni, la malattia di O... S... risiederebbe in uno strappamento parziale dell'apofisi tibiale, rilevabile radiologicamente, quando non vi sia una zona connettivale al di sotto dell'apofisi fra essa e la diafisi, come un distacco di un processo ensiforme della tuberosità tibiale.

Durante (3) rilevato che l'esame radiografico mostra l'esistenza di una formazione ossea parzialmente o totalmente separata dal corpo della tuberosità di 2-10 mm., e che i tessuti parostali danno un'ombra ingrandita, con linea di profilo deviata a segmento d'arco e porzione residuale di tuberosità con zone di rarefazione, pensa che nel morbo di O... S... ci sia un disturbo di ossificazione con sovrapposizione di processo infiammatorio, perchè nei distacchi di apofisi i caratteri radiologici sono ben diversi e i segmenti ossei a limiti netti.

Al disturbo di ossificazione dà pure importanza il Mainoldi (4) quando pensa che nella età giovanile il nucleo della tuberosità anteriore della tibia, non ancora saldato alla diafisi, sia scivolato in basso, e, contrariamente a quello che avviene di regola, si sia prima saldata la parte più bassa, mentre sia rimasta abbandonata e non saldata la parte superiore.

La fondamentale concordanza dei reperti radiologici e anatomici trova riscontro nei dati clinici: è infatti da tutti riconosciuto che in detta malattia si osserva un lieve ingrossamento della tuberosità anteriore tibiale, con edema cutaneo appena pronunziato, aumento del calore locale, dolore alla pressione; che l'affezione si manifesta di solito in ragazzi di 10-15 anni che da qualche tempo senza ricordare una causa apprezzabile, avvertono un dolore che rende penosi il lavoro e la deambulazione; che infine spesso il disturbo è bilaterale. Questo quadro morboso secondo Delitala (5) fa ragionevolmente pensare a un disturbo dell'accrescimento del nucleo apofisario, che non si è ancora saldato all'epifisi e alla metafisi, ma che non deve essere confuso con le fratture, le osteiti tubercolari, le osteomieliti, le esostosi. Ma la discordanza sorge invece quando si tratta d'interpretare i fenomeni obbiettivamente riscontrati: ed ecco perchè, come più sopra accennavo, la patogenesi rappresenta in questo morbo il punto più controverso.

Osgood e Schlatter che per primi, indipendentemente l'uno dall'altro, attirarono l'attenzione su questa condizione anomala della tuberosità tibiale, (donde il nome dato a questa malattia) supposero che la causa risiedesse in un trauma, e cioè nelle trazioni più o meno forti esercitate dai muscoli estensori sui nuclei ossei della tuberosità, separati ancora dalla diafisi da uno strato cartilagineo prima, e da un tenue osso spugnoso poi. Si tratterebbe insomma di disturbi della fanciullezza, che compaiono cioè nella fase fisiologica di sviluppo, e sono quindi più facilmente legati ai traumatismi anche lievissimi e perciò inavvertiti ai pazienti.

Gangolphe e Mauclaire invece riportano tutti i disturbi dell'epifisi tibiale ad una benigna *osteomyélite de la croissance.*

Certo è che le lesioni caratteristiche proprie della malattia di Osgood-Schlatter sono state

spiegate tanto con la teoria traumatica semplice (non comprendendovi però la brusca contrazione del quadricipite con conseguente caduta e urto su la parte, perchè determina una vera e propria frattura della tuberosità) quanto con la teoria infiammatoria, che presuppone cioè l'insorgere o per causa locale o per causa generale di fenomeni flogistici più o meno accentuati, a carico di tessuti ancora in via di sviluppo.

E non mancarono poi coloro che pensarono altresì a disturbi endocrini concomitanti, oppure a malattie costituzionali predisponenti.

Si appoggiarono più o meno decisamente alla teoria traumatica Lanz, Bowser (1905), Elmslie (1906 e 1911), Jensen (1907), Homann (1909), Haglund (1910), Sarfels (1911), Costa (1916), Soule (1917), Altschul (1919 e 1922), Rieder (1922), Ollerenshaw (1925).

Sostennero invece la teoria infiammatoria in senso lato, con partecipazione vuoi della cartilagine, vuoi dei nuclei d'ossificazione, vuoi dell'osso Winslow, Lexer (1905), Alsberg (1908), Bergemann, Blenke, Tompson, Pearce Gould (1909), Kuh, Kienbock (1910), Bassetta (1913), Matsuoka, Feutelais, Leroyenne (1922), Hohmann, Rongoni (1926). Pensarono ad una teoria mista l'Alessandri secondo il quale il trauma produrrebbe il distacco della tuberosità in una tibia già lesionata da alterazioni flogistiche o da anomalie di sviluppo, e lo Schultze secondo il quale le trazioni brusche del quadricipite strapperebbero il periostio dall'osso, precedentemente alterato però per debolezza generale organica. Il Pieri invece stabilisce addirittura due gruppi, l'uno in dipendenza diretta del trauma che determinerebbe lo strappamento totale o parziale della tuberosità tibiale, l'altro in relazione con un disturbo del processo di ossificazione: non esclude peraltro che in qualche caso il disturbo trofico possa predisporre alla lesione traumatica. E finalmente alcuni fanno rientrare la malattia di Osgood-Schlatter nel quadro delle malattie generali costituzionali: Jacobstal, Fromme, Muller, Fels pensano a manifestazioni di rachitide tardiva; Schiller a manifestazioni luetiche; Anzillotti, Solieri ad alterato equilibrio concomitante fra le secrezioni interne; Lollini, Bortolotti ad alterazioni del sistema epifisario in genere, ma mentre secondo quest'ultimo il morbo colpisce individui sani a costituzione scheletrica normale, l'altra pensa che si tratti sempre di individui tarati: nel suo caso personale infatti si avevano segni di tubercolosi.

Delitala (6) rileva che il disaccordo tra i sostenitori dell'origine traumatica e quelli che invocano i disturbi primitivi della tuberosità tibiale è più nelle parole che nella sostanza, poichè i primi ammettono che l'azione del trauma è favorita da particolari condizioni della tuberosità, e i secondi sono disposti a riconoscere un'azione, sia pure secondaria del trauma. Egli pensa che in un numero esiguo di casi un trauma violento agendo su una tuberosità sana, più facilmente se trattasi di tuberosità debole, provochi i noti disturbi, e che invece in un numero di casi più numeroso, anzi nella quasi totalità, il semplice stimolo del quadricipite, manifestandosi su un punto deficiente, origini la malattia. Così che secondo l'A., il nocciolo della questione è la deficienza della tuberosità tibiale, deficienza che egli non esita a porre in relazione, non tanto con uno stato di debilitazione dell'organismo, quanto con una malattia che abbia il potere di localizzarsi nello scheletro, e più particolarmente nelle cartilagini di coniugazione, quale la sifilide: nel suo caso infatti i caratteri dell'eredo-lue erano fin troppo manifesti.

Agrifoglio (7) premesso che si ha a che fare con una tuberosità deficiente rispetto allo sforzo che deve sopportare, sostiene trattarsi di un processo infiammatorio attenuato dell'apofisi anteriore della tibia, che rientrerebbe nel gruppo del morbo di Köhler, o dell'epifisite posteriore del calcagno di Vulliet, o di altre affezioni congeneri.

Anardi (8) escludendo la natura infiammatoria, nel vero senso della parola, per la mancanza di un agente specifico o di un'infezione generale, pensa che l'osso sia alterato per quelle cause che hanno influenza sullo sviluppo e sul processo di ossificazione dello scheletro, e più propriamente per uno squilibrio nella funzione delle glandole a secrezione interna, quali l'ipofisi.

Ettorre (9) in una accuratissima rassegna sulle malattie epifisarie, rapporta anche la malattia di Osgood-Schlatter ad un eccesso di funzione agente su nuclei particolarmente sensibili, sia perchè si trovano nel periodo di massimo accrescimento, sia per speciali disposizioni costituzionali, che, senza raggiungere un grado patologico, influiscono nel diminuire la resistenza della cartilagine dia-apofisaria.

Trinci (10) osservato che lo straordinario rifiorire di studi su questo argomento, lungi dal recare chiarezza nella patogenesi di tale forma morbosa, ha ingenerato una certa confusione, e premesso che la tuberosità anteriore della tibia può essere sede di svariati processi

patologici che si sono voluti sommariamente porre nel quadro della malattia di Schlatter, sostiene che si debba studiare più minutamente questo capitolo, per poter separare quanto finora è stato erroneamente riunito in un insieme non omogeneo. E così pensa per es. che i casi descritti dai giapponesi Tameyoshi, Asada e Schichico-Kato non possano ritenersi esempi di malattia di O... S..., poichè la formazione a sperone di cui si parla nella loro memoria non ha nulla a che fare colla sollevazione a becco della tuberosità tibiale constatata in alcune radiografie. Nel caso personale che espone, il trauma era assolutamente da escludersi, e, pur non avendosi tutto il quadro classico, poteva essere fondatamente posta la diagnosi di malattia di Schlatter; siccome però le ricerche chimiche, gli esami radiografici e la terapia seguita poi dimostrarono trattarsi di una osteocondrite luetica, ritiene di avere almeno contribuito ad individuare una forma morbosa, che, pur distinguendosi dalla malattia di Schlatter, può rientrare in quel gruppo di osteocondriti da fattori ereditari, endocrini ecc. che oggi interessano molti autori.

Convengo pertanto anch'io col Trinci nel rilevare che i nuovi contributi anzichè recare una chiarificazione alla patogenesi di detto morbo, hanno, direi quasi, svisato il concetto primitivamente enunciato dallo Schlatter e dall'Osgood. Seguendo il quale, mi pare non si possa ritenere giustificata l'asserzione di Palugyay (11), il quale propone l'appellativo di morbo di O... S... ai soli casi in cui la causa della lesione consiste in un trauma sia unico che ripetuto, e si debba piuttosto aderire ai concetti esposti in proposito dal Balli (12). Questi infatti rileva che l'apofisite di O... S... deve essere nettamente distinta dai distacchi epifisari dovuti a traumi o a brusche contrazioni del quadricipite femorale, perchè in detto morbo il trauma può sovrapporsi solo come causa occasionale in un terreno alterato per anormale processo di ossificazione. L'indagine radiologica infatti, secondo detto A., consente di formulare una diagnosi sicura, perchè mette in evidenza particolarità di struttura della tuberosità tibiale, quali sfumature ed irregolarità di contorni, alterata disposizione delle trabecole, zone di rarefazione e di addensamento. L'alterato terreno poi è così importante per l'A., che consente a definire morbi di Schlatter, fra i casi di distacco e frattura associati della base dell'apofisi, solo quelli in cui coesista esso alterato terreno.

Riepilogando mi pare sia da ritenersi indubbio che la malattia di Osgood-Schlatter non deve essere confusa con quelle lesioni, che si riscontrano più frequenti nell'età adulta, per brusche contrazioni del quadricipite, come strappamenti parziali o totali della tuberosità, o come fratture: di questi non si ha reperto nelle radiografie. Essa è un appannaggio della fanciullezza, e non è in rapporto diretto col trauma, tanto che talvolta esso è così lieve da passare inosservato al paziente, e quindi incapace di produrre una lesione di tale entità.

Per prodursi però tale lesione presuppone uno stato anomalo della tuberosità tibiale, nel periodo della sua ossificazione, quando cioè è più facilmente predisposta. A tal riguardo non parmi si possa dare eccessiva importanza alle malattie costituzionali, quali il rachitismo tardivo, la tubercolosi, la lue. Il primo è stato di rado riscontrato nei pazienti: anche il Behrend (13) lo esclude dai fattori patogenetici, e pensa piuttosto a osteomalacia, a debolezza legamentosa costituzionale, pur legate ad un trauma sia pure lieve. La seconda constatata nel caso della Lollini è un reperto concomitante pressochè eccezionale. La sifilide infine risulta raramente fra i dati anamnestici, tanto vero che lo stesso Delitala, su la scorta del suo caso isolato, non intende affatto generalizzare la sua ipotesi di una diretta correlazione fra lue e morbo di Osgood-Schlatter.

Nè mi sembra possibile valorizzare troppo gli squilibri delle ghiandole a secrezione interna di fronte ai pochi casi in cui fu usata con successo la terapia endocrina, ve ne sono numerosissimi altrettanto bene guariti senza questo trattamento.

Nulla vieta pertanto di ritenere che sulla tuberosità tibiale, già alterata strutturalmente, sia pure per anomalie del processo di ossificazione, i continui movimenti del tendine quadricipitale finiscano per provocare dei fatti flogistici puri e semplici a carico della sostanza ossea, e più ancora della cartilagine, determinando quel complesso sintomatologico che è tutto caratteristico del morbo di Osgood-Schlatter.

Questo stesso concetto sostenni fin dal 1911 pubblicando (14) un caso occorsomi nella Clinica Chirurgica di Modena, ove era allora assistente. In detta osservazione nessuna tara ereditaria era dimostrabile nell'anamnesi, nessuno squilibrio endocrino era risultato all'esame: asportato chirurgicamente un frammento di tuberosità, ed eseguito l'esame istologico, unico fin'allora praticato, venni alla conclusione che si trattasse di una osteocondrite della tuberosità anteriore della tibia, e consigliavo co-

me primo trattamento da tentarsi il riposo assoluto ed il bendaggio immobilizzante più o meno prolungato a seconda dei casi.

Il caso odierno che forma oggetto della presente nota è in tutto simile, nelle manifestazioni cliniche e radiologiche, al precedente testè citato: anche qui l'ereditarietà è assolutamente negativa, ed il paziente è giovane aitante e robusto, in istato di perfetta salute. Durante il lungo tempo che ho potuto seguire il malato, non notai complicanze o disturbi riferibili ad altre cause: chè anzi il trattamento seguito portò ad un graduale e progressivo miglioramento, fino alla guarigione completa: non altrimenti di quello che si constata in tutte le forme infiammatorie articolari.

Nessun dubbio quindi che si trattava proprio di malattia di Osgood-Schlatter, e conferma pertanto della mia primitiva ipotesi, che si abbia proprio a che fare con una *osteocondrite della tuberosità tibiale.*

La linea di condotta da me propugnata fin dal 1911, e cioè il trattamento conservativo, è consigliato oggi da tutti gli autori che si sono occupati dell'argomento, a preferenza di interventi più radicali o complessi, che anche dilazionati non perdono della loro efficacia. Ed è proprio per difendere, come accennavo in principio, l'efficacia di tale trattamento in questa affezione, e la sua facile applicazione, anche in località lontane da centri chirurgici, che mi sono accinto a pubblicare la presente modestissima nota.

RIASSUNTO.

L'A., su la scorta di un caso clinico potuto seguire per lungo tempo, dopo aver esposto sommariamente le cognizioni ormai acquisite su la malattia di Osgood-Schlatter, conferma la propria ipotesi formulata già dal 1911, che essa si debba ritenere *una osteocondrite della tuberosità tibiale anteriore*, perfettamente guaribile col trattamento che si suole consigliare in tutte le forme infiammatorie semplici delle articolazioni, e cioè col riposo assoluto ed il bendaggio immobilizzante.

Modena, ottobre 1932-X.

LETTERATURA.

N. B. I richiami bibliografici riferentisi ai molti autori citati nel testo si trovano in molti dei lavori sottonotati ricchi di abbondante letteratura.

1. Busi. *Diagnostica radiologica*, in Taddei: *Diagnostica e semeiologia*, vol. 2, 1922, pag. 952.
2. Fels. *Lo sviluppo della tuberosità della tibia e la patogenesi del morbo di Schlatter.* Arch. f. Klin. Chir., Bd. 129, Heft. 3, pag. 552.
3. Durante. *Su due casi di malattia di Osgood-Schlatter e sul valore della sua obbiettivazione radiologica.* Radiol. Med., Milano, sett. 1924.
4. Mainoldi. *Contributo alla casistica radiologica delle alterazioni ossee del ginocchio.* Chir. Org. Mov., 1925, vol. IX, pag. 527.
5. Delitala. *Diagnostica dei traumatismi dello scheletro degli arti inferiori*, in Taddei: *Diagnostica e semeiologia chir.*, vol. 2, 1925, pag. 1576.
6. Delitala. *Sui rapporti tra malattia di Osgood-Schlatter ed eredolue.* Chir. Org. Mov., 1925, vol. IX, pag. 293.
7. Agrifoglio. *Sulla malattia di Osgood-Schlatter.* Ibid., 1927, vol. XI, pag. 375.
8. Anardi. *Contributo allo studio della malattia di Osgood-Schlatter.* Ibid., 1928, vol. XII, pag. 181.
9. Ettorre. *Sulle malacie epifisarie osteocondriotrofopatie giovanili.* Clin. Chir., 1928, p. 322.
10. Trinci. *Osteocondrite luetica della tuberosità tibiale anteriore. (A proposito della malattia di Osgood-Schlatter).* Chir. Org. Mov., 1929, vol. XIII, pag. 601.
11. Palugyay. *Zur Aetiologie und Röntgendiagnose der unter « Schlatter Osgoodscher Erkrankung » zusammengefastzen Veränderungen der Tuberositas tibiae.* Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstr., 1926, vol. XXXV, p. 595.
12. Balli. *Considerazioni sul morbo di Osgood-Schlatter.* Sunto da Radiol. Med., 1928, vol. 15, n. 3, pag. 285.
13. Behrend. *Del morbo di Schlatter.* Ibid., 1928, vol. 15, n. 3, pag. 285.
14. Segrè. *Sopra una rara affezione della tuberosità anteriore della tibia nell'adolescenza* Gazzetta Int. Med. Chir., 1911, n. 27.

SUNTI E RASSEGNE.

TISIOLOGIA.

Le forme praticamente importanti della tubercolosi polmonare.

(W. W. Siebert. *Deut. med. Wochenschrift*, 28 aprile 1933).

Le varie classificazioni proposte delle forme di tubercolosi non sono adatte alle finalità del medico pratico, il quale trova ora difficile orientarsi fra i punti di vista dei diversi autori. Anche il sistema di Ranke, che pure è tanto importante per la conoscenza della patogenesi, non può servire di base per una suddivisione clinica pratica, in quanto che talora la separazione clinica dei casi secondari e terziari non è possibile.

L'A. ritiene che, a scopo pratico, sia da adottarsi il criterio delle modificazioni di tessuti che sono connesse con sicure caratteristiche cliniche e rilevabili con metodi di ricerca clinica.

Fra tali modificazioni troviamo anzitutto le malattie che portano al rammollimento ed alla distruzione del tessuto e quelle che provocano l'indurimento e la formazione di cicatrice. Questi due gruppi di processi sono indicati come *sequestranti* e come *indurativi*. Ad essi se ne aggiunge un terzo, in cui clinicamente

non vi è nessun segno di induramento o di sequestro; esso viene indicato come tubercolosi infiltrante. I due primi gruppi possono combinarsi; il terzo può esistere di per sè o precorrere gli altri due.

TUBERCOLOSI INFILTRANTE.

In questo gruppo, abbiamo delle modificazioni polmonari senza che si riconoscano processi di fusione o di cicatrizzazione. Nè il quadro radiologico, nè il reperto di ascoltazione, nè l'esame dello sputo indicano tali processi. Importante per l'inclusione in uno o nell'altro gruppo è la ricerca dell'espettorato. Nella forma infiltrante, non si trovano bacilli o soltanto transitoriamente. L'emissione continuata di bacilli deve venire considerata come un segno del processo distruttivo, quindi di sequestro anche se l'esame radiologico non fornisce la prova sicura della fusione.

Alla *radiografia*, si vedono ombre di focolai rotonde o di aspetto vario (ombre a cumulo nella nomenclatura dell'A.). Il substrato anatomico di esse è dato da un tessuto di granulazione o da un processo essudativo non caseoso. Trattasi di una differenza anatomica che non ha esatta corrispondenza in clinica. In generale, ad una malattia recente corrispondono limiti radiografici meno netti.

Il reperto di *percussione e di ascoltazione* dipende dalla grossezza del focolaio e dalla presenza di prodotti infiammatori fluidi o tenaci; spesso è molto scarso e la radiografia scopre più di quanto avverte l'orecchio.

La *temperatura* può essere normale, subnormale o febbrile; così pure si hanno notevoli variazioni nello stato generale, non però fino ad arrivare ad una vera cachessia.

L'*inizio* può essere subdolo od acuto sotto forma di influenza; si pensi ai diversi inizi dell'infiltrato precoce, di cui il tipo abacillare non caseoso corrisponde a questo gruppo.

Il *quadro sanguigno*, secondo Schilling, fornisce un buon criterio per giudicare della resistenza. Quanto più attivo è il processo, tanto più numerosi sono gli elementi neutrofili giovani; nella scarsa attività domina la linfocitosi, in generale lo spostamento a sinistra non è molto pronunciato.

Il *decorso* è vario. Si possono avere il riassorbimento e la guarigione senza formazione di cicatrice. Oppure, dopo un lungo periodo di stazionarietà, si passa gradatamente all'induramento, ovvero alla fusione (tub. sequestrante). Quest'ultima possibilità si presenta specialmente nei processi recenti e molto confluenti e sarebbe erroneo il fondare la diagnosi di una tubercolosi infiltrante sopra un solo esame. Assodata questa, la *prognosi* è relativamente benigna, purchè vi sia un adatto *trattamento*, che consiste essenzialmente in misure conservative: cura di riposo, sanatorio in media ed alta montagna.

Un posto a parte lo hanno quelle infiltrazioni acute, ematogene, disseminate su entrambi i polmoni, particolarmente se costituiscono una manifestazione parziale di una tubercolosi miliare generale. In tal caso, il paziente muore per lo più nello stadio infiltrativo, in conseguenza della rapida intossicazione generale.

TUBERCOLOSI SEQUESTRANTE.

In queste, è riconoscibile clinicamente una lesione nel tessuto polmonare. Si tratta anzitutto di pazienti con netto reperto di caverne alla radiografia; quasi sempre si trovano dei bacilli, spesso anche delle fibre elastiche. Il reperto costante di bacilli nello sputo indica di per sè la presenza di caverne e la fa sospettare anche se non è riconoscibile clinicamente o radiograficamente.

Alla base della lesione troviamo un processo produttivo od essudativo, o misto, con prevalenza dell'essudativo nelle forme rapidamente caseose. All'ascoltazione e percussione non si hanno sempre i segni caratteristici.

Il decorso è specialmente sfavorevole nella forma particolare di polmonite caseosa. Negli altri casi, non è sempre possibile una separazione netta tra lesioni produttive ed essudative; dalla predominanza di questi due componenti dipendono le diversità dello stato generale e dei reperti dell'esame del sangue.

L'inizio può essere acuto o subdolo o preceduto dallo stadio infiltrativo.

Clinicamente, è importante che in tutti i casi vi sono lesioni del tessuto per cui, siano essi produttivi od essudativi, sono esposti a peggioramenti ed a disseminazione, anche se la temperatura è bassa e lo stato generale discreto. La guarigione spontanea di caverne è possibile, ma rara, sicchè non si può contare su di essa.

La prognosi è, con certe limitazioni, relativamente migliore per le piccole caverne che per le grosse; essa è legata, ad ogni modo, alla possibilità di una buona collassoterapia. I processi bilaterali e diffusi sono da considerare come infausti e così pure le polmoniti caseose iperacute. La prognosi più favorevole nell'installamento del pneumotorace è data dalla fusione di un infiltrato precoce (caverna precoce) e nelle forme a decorso prolungato. Importante è anche il trattamento generale, oltre a quello operativo.

TUBERCOLOSI INDURATIVA.

Può essere connessa con l'infiltrazione o con il sequestro. Anatomicamente, consiste in calcificazione e formazione di cicatrice. La manifestazione clinica varia con la diffusione del processo con cui è connessa ed il grado di induramento; a completo sviluppo, si ha la guarigione clinica.

FORME MISTE.

Infiltrazione ed induramento. Radiologicamente, si ha un focolaio connettivale con ombre irradianti (cumulo caudato); nelle forti re-

trazioni si trovano spesso delle lunghe ombre a striscia. Se vi sono incluse delle parti atelettasiche, si hanno delle ombre piatte.

Quando prevale il processo indurativo, si hanno segni di retrazione toracica. Abbastanza netti sono i fenomeni di percussione e di ascoltazione. Lo stato generale è spesso soddisfacente ed il decorso, di solito, abbastanza favorevole. Certamente, non si è mai sicuri che non si possono avere risvegli, che però sono qui piuttosto rari. Sputo senza bacilli, febbre generalmente assente. Quadro sanguigno con linfocitosi, sedimentazione delle emazie poco o punto accelerata.

Si può arrivare ad una guarigione praticamente completa con formazione di cicatrice; in altri casi, invece, si osserva un graduale progresso per anni od anche per decenni. Le forti retrazioni di grandi campi del tessuto polmonare portano a disturbi circolatori per spostamenti del cuore e dei vasi, oppure ad enfisema, eventualmente anche bronchiectasie. Si possono, in tal guisa, installare dei catarri non specifici anche gravi; il paziente, in tali casi, ha una tubercolosi relativamente benigna ma è seriamente minacciato per le conseguenze meccaniche od altre.

La terapia consiste, per i casi leggeri, nelle consuete misure conservative; per quelli gravi, si possono mettere in opera i procedimenti collassoterapici (exeresi del frenico, ecc.).

Induramento e sequestro. Radiologicamente, si ha un quadro simile al precedente a cui si aggiunge spesso la formazione di caverne. In conseguenza di queste, si hanno retrazioni molto più notevoli che nella combinazione precedente. Non sempre, però, si possono conoscere le lesioni cavernose per cui si può rimanere incerti sulla classificazione.

Clinicamente, valgono le stesse linee direttive, come per la forma sequestrante. I casi di induramento con presenza costante di bacilli nello sputo appartengono a questa combinazione, anche se radiologicamente non si vedono caverne.

Col prevalere del tipo sequestrante, si hanno condizioni analoghe a quelle di tale forma, soltanto il decorso è generalmente protratto. Se prevale, invece, la formazione di cicatrice, tutto il processo diventa essenzialmente cronico, ma la minaccia di nuove disseminazioni è sempre possibile. Anche, con i più forti induramenti, si hanno sempre dei bacilli nello sputo, che possono invece mancare quando il bronco proveniente dalla caverna non è più permeabile, ma si hanno però in tal caso gli altri segni clinici della combinazione.

Lo stato generale si presenta variamente compromesso. Fra i portatori di caverne solitarie, ve ne sono di quelli che poco ne risentono, senza febbre e che per lungo tempo non danno affatto l'impressione di essere dei tisici. Molti di essi guariscono, pure rimanendo dei bronchitici cronici, sempre però esposti al pericolo della disseminazione.

Se le retrazioni raggiungono un alto grado, si hanno i fenomeni sopra descritti e, spesso, dei fatti tossici per l'assorbimento di secrezioni delle caverne: cachessia grave ed anche amiloidosi. La febbre può mancare a lungo. Vi è sempre il pericolo di una disseminazione per cui il paziente può andare incontro ad una fine inaspettata; altrimenti muore in seguito ai disturbi meccanici od alle conseguenze dell'intossicazione.

Insieme alle consuete misure, va istituita al più presto la collassoterapia, che però talvolta non è possibile.

Quando il caso singolo sia stato incluso in uno dei tipi accennati, si deve tener conto dello stato generale, della sede e diffusione del processo e, per le forme sequestranti, del numero e della grandezza delle caverne. Esso, in tal modo, sarà più precisamente definito.

fil.

Considerazioni generali sul trattamento della tubercolosi polmonare.

(L. BURRELL. *Brit. Med. Journ.*, 29 aprile 1933).

È stato giustamente detto che la tubercolosi può essere considerata un manuale di medicina. Sono tante le sue manifestazioni cliniche che chiunque la conoscesse bene avrebbe un solido fondamento su cui basare lo studio delle altre malattie. Nei polmoni essa può manifestarsi come una bronco-polmonite acuta rapidamente mortale; come un'infezione subacuta tendente progressivamente all'esito fatale attraverso stadi di miglioramento e di peggioramento; come malattia cronica, che concede al paziente lunghi anni di vita in piena attività pur esponendolo ai rischi di periodi di malattia come l'emottisi o la pleurite. Essa può produrre nei polmoni tessuto cicatriziale che non dà alcun segno di sè durante la vita, sì che il paziente può morire in tarda età e dopo una vita attivissima, senza nemmeno aver mai pensato di essere malato. In questi ultimi individui specialmente non vi è nessuna necessità di cura, pur essendo la lesione visibile radiologicamente. Molti individui trascorrono la loro vita tristemente perchè sottoposti ad un trattamento che è spesso non necessario, se non addirittura inutile. Nei paesi civilizzati la gran maggioranza degli individui reagiscono alla tubercolina, ma questo fatto non deve essere considerato come indizio di necessità di un trattamento, dato che in una minima parte di questi individui la malattia si sviluppa (concetti di Sanarelli. N. d. R.).

Lo stadio pretubercolare. — Si parla comunemente di uno « stadio pretubercolare » col qual nome si intende significare uno stato di salute o di ambiente tendente a produrre la tubercolosi. Ogni pratico ha occasione di osservare delle famiglie ove i genitori sono tubercolotici ed uno o più membri della famiglia sono morti di tisi. L'A. ammette che bam-

bini nati in ambiente simile siano dei pretubercolotici e che richiedano, non cure, ma cambio di ambiente.

Ma se le vite di questi fanciulli delicati saranno seguite nella loro evoluzione si vedrà che la frequenza della tubercolosi non è fra essi maggiore che fra i loro fratelli e sorelle robusti. Se si guarda poi il problema dal lato opposto e si indaga nell'anamnesi degli adulti tisici si vedrà che è raro trovare fra questi individui che fossero stati particolarmente deboli da bambini: anzi il più comunemente è l'individuo robusto che viene attaccato in una famiglia di tisici.

Ma questi sono problemi di medicina preventiva, che, se pur di enorme importanza, non entrano nel campo più prettamente pratico della cura della tubercolosi polmonare. È opportuno anzitutto ricordare come la tbc. polmonare non sia una malattia che progredisce uniformemente stadio per stadio, così che non è possibile parlare di stadio precoce o stadio avanzato riferendosi allo stato attuale della malattia. La guarigione ha luogo per mezzo della fibrosi e l'acutezza o la cronicità della lesione dipende dall'equilibrio fra infezione da una parte e formazione di tessuto fibroso dall'altra. Nei casi acutissimi la fibrosi è praticamente assente, mentre nei casi cronici vi è rapida formazione di tessuto fibroso e poca o niente tossemia.

Tubercolosi polmonare preclinica: l'allarme. In questo stadio la diagnosi è possibile pur non essendovi segni di lesioni attive presenti o passate nel polmone. Un esempio sono le pleuriti e le emottisi di origine dubbia. In questo stadio il paziente sarà consigliato a mantenere una regola di vita salutare, ma non sarà necessario nessun trattamento particolare. L'emottisi non sempre indica una lesione attiva: essa è particolarmente frequente nel tipo fibrotico di tbc., nelle bronchiettasie o in altre particolari forme di fibrosi non tbc. Un lavoro non eccessivo può essere permesso, ma la cura sanatoriale in montagna è certamente quella che rende i più benefici effetti. Il paziente deve essere sorvegliato clinicamente e radiologicamente per almeno tre anni e dopo constatata la guarigione della lesione si deve lasciare il tempo di consolidarsi. Si è visto in una buona parte di questi individui, qualora non trattati, si sviluppa in seguito una tubercolosi polmonare particolarmente attiva: il contrario in individui con abito tubercolare e che abbiano mostrato lesioni di tbc. chirurgica.

Lo stadio progressivo precoce: l'attacco. È lo stadio più importante per quanto riguarda la cura, in quanto termina in esito fatale se non si prendono in tempo gli opportuni provvedimenti. Si può presentare sotto tre forme cliniche:

forma acuta con rapida invasione del tessuto polmonare con poca o nessuna formazione di tessuto fibroso: la temperatura è febbrile anche a riposo;

forma subacuta: la fibrosi e la distruzione di tessuto polmonare si equivalgono: la temperatura è afebbrile se il paziente sta a riposo in letto, febbrile se il paz. non si attiene a questa regola;

forma cronica: la fibrosi ha la prevalenza sulla distruzione del tessuto polmonare, che è di solito limitatissima.

L'importanza di una cura appropriata in questo stadio *dell'attacco* è enorme: è facile errare nell'indirizzo di trattamento e l'errore è quì più dannoso che in altri casi. Il medico da una parte pensa che non è opportuno allarmare il paziente con un eccessivo pessimismo, il paziente dall'altra, che si sente abbastanza bene, pensa che siano esagerate le strette regole di cura per uno stato morboso così lieve, che richiede di solito tante accurate indagini per essere scoperto, e intanto il processo evolve. È appunto per questo che spesso coloro nei quali la prima manifestazione è stata un'emottisi guariscono: è perchè di fronte al fenomeno grave medico e malato affilano le armi per combattere efficacemente contro la malattia.

La condotta terapeutica da tenere è quindi la seguente:

nei *casi acuti* riposo assoluto in letto: se il processo è unilaterale e abbastanza avanzato da dare superficialmente rantoli crepitanti, è opportuno praticare subito lo pneumotorace. È un errore attendere, per far questo, che si sia formata una caverna. Se ambedue i polmoni sono lesi pneumotorace bilaterale o unilaterale dal lato dove più estesa è la lesione: la sanocrisina deve esser data con molto giudizio in queste forme acute. Se la temperatura non tende a discendere e i segni fisici aumentano è opportuno un cauto tentativo di *schok terapia*: sanocrisina, tubercolina o altre sostanze. Il riposo in letto deve durare almeno tre mesi. Il paz. comincia ad alzarsi se la temperatura si presenta stabilmente afebbrile: il trattamento sanatoriale consecutivo è indispensabile;

nei casi subacuti la linea di condotta è identica a quella dei casi acuti; non indicata però la schock terapia;

nei casi cronici, il più frequentemente cronici *d'emblée*, la sintomatologia si riduce in genere a poca tosse e reperto bacillare positivo nello sputo; può accompagnarsi una certa perdita di peso e di energia. In tali casi la cura sanatoriale è strettamente indicata, o, se questa è rifiutata, un periodo di qualche settimana di riposo in casa, che sarà accettata dal paziente se presentata sotto l'aspetto di « periodo di osservazione ».

Il trattamento sanatoriale consiste nella giudiziosa combinazione del riposo con un lavoro lieve e piacevole, e con la regolarità della vita quotidiana. Il decorso della malattia sarà sorvegliato con l'osservazione clinica e con i raggi.

Il miglioramento si manifesta con un au-

mentato bisogno di lavoro, mentre il peggioramento richiede maggior riposo, pneumotorace, sanocrisina, frenicoexeresi o qualche altro metodo di cura. La cura sanatoriale dovrebbe essere continuata sino a quando la malattia è arrestata o è passata nello stadio tardivo.

La guarigione deve essere *consolidata* da un adatto periodo di riposo in montagna e da un'osservazione postsanatoriale di almeno due anni.

Stadio progressivo tardivo: la difesa.

È la tisi cronica, esito in genere dello stadio precedente. La malattia ora prevale e l'organismo si tiene sulle difese. Esso potrà vivere ancora alcuni anni, ma generalmente muore di tubercolosi.

Non è possibile porre una netta separazione fra lo stadio di attacco e lo stadio di difesa. Il tutto sta nell'evitare che si passi dall'uno all'altro: è perciò che la cura dello stadio d'attacco ha enorme importanza.

I principi di cura in questo stadio tardivo sono i seguenti: nelle forme essudative con poca tendenza alla fibrosi è indicato lo pneumotorace mentre in quelle forme che hanno maggior tendenza alla formazione di tessuto fibroso, e che sono quindi a prognosi più fausta, è indicata la toracoplastica e la frenico-exeresi. La tubercolina o la schockterapia può aiutare in alcuni casi.

Nei casi più disperati il trattamento si riduce ad essere sintomatico.

Stadio cronico fibroso: è lo stadio degli alti e bassi; il paziente, che è passato di solito attraverso uno degli stadi precedenti, può restare anche per degli anni apparentemente sano ma presenta più o meno improvvisamente un'emottisi, che è frequente in queste forme, dispnea, perdita di energia. All'esame obiettivo si riscontra un'estesa fibrosi. In questo stadio può essere concessa al paziente una vita normale, avvertendolo però che egli è più degli altri predisposto a subire l'influenza di un eventuale stato morboso.

La cura diventa necessaria: 1) se la fibrosi aumenta rapidamente; 2) se si hanno emottisi ripetute; 3) se si manifestano attacchi febbrili ricorrenti.

La frenicoexeresi e la toracoplastica sono l'indicazione comune di queste forme. Solo in casi eccezionali il pneumotorace. Bisogna ricordarsi che la prognosi di questi casi in genere è buona e un trattamento errato può peggiorarla. Errore è, per es., la terapia col collasso per il semplice fatto che esiste una cavità visibile ai raggi X.

In sostanza da quanto precede risulta evidente la necessità di un efficace trattamento nello stadio precoce della malattia, onde prevenire la possibilità del passaggio allo stadio tardivo, nel quale le probabilità di guarigione del malato sono soltanto una frazione di quelle che si hanno nello stadio precoce.

G. La Cava.

La prova biologica della tubercolosi per inoculazione nelle ghiandole linfatiche cervicali della cavia e suoi vantaggi.

(C. Ninni. *Riv. di Pat. e Clin. della Tub.*, 31 maggio 1933).

La prova biologica nella cavia resta ancor oggi la ricerca che permette con la maggiore sicurezza la diagnosi di tubercolosi, non solo sotto forma di b. di Koch, ma anche sotto forma di ultravirus.

Tutte le vie di inoculazione sono state adoperate per lo studio o la dimostrazione del virus tbc., ma la via linfatica, che è la via di disseminazione abituale del virus tbc., è stata sistematicamente scartata; e ciò per la difficoltà d'inoculazione nelle ghiandole linfatiche dell'inguine, data la loro piccolezza, e per gli scarsi vantaggi sulla via sottocutanea che detta maniera di inoculazione presentava, a causa della lontananza di tali centri linfatici dagli organi parenchimatosi (fegato, milza, polmone) e sopratutto per la presenza di stazioni linfatiche intermedie, quali sono le ghiandole lombo-aortiche.

L'A. è stato colpito dalla dimensione delle ghiandole linfatiche cervicali della cavia e dalla facilità ad inocularle, e, data la mancanza di un'altra stazione linfatica intermedia fra dette ghiandole e la circolazione generale, sin dal 1929 ha applicato detta via di inoculazione allo studio dell'infezione tubercolare ed alla sua diagnosi rapida a scopo clinico per prodotti patologici sospetti di tubercolosi.

Di fronte al lento decorso di evoluzione della tubercolosi nelle cavie inoculate con sangue per via sottocutanea, l'inoculazione linfoghiandolare cervicale (di cui l'A. descrive accuratamente la tecnica) offre il vantaggio di affrettare notevolmente il decorso dell'infezione.

L'A. consiglia quindi di iniettare cc. 1 di sangue nelle ghiandole linfatiche cervicali ed eventualmente alle stesse cavie cc. 1 sottocute nella regione inguinale e seguire gli animali per 3 mesi al più. Seguendo tali accorgimenti si constata in generale l'ipertrofia ghiandolare cervicale con caseificazione minima dopo 20 o 30 giorni e reperto microscopico di b. di Koch.

Dato poi che la via ghiandolare dissemina i bacilli nei principali organi dell'economia, è molto facile trovare qualche tubercolo sulla milza o sul polmone verso il 30° giorno, mentre il fegato presenta spesso delle cicatrici lineari. Se inoltre, per i casi apparentemente negativi, si procederà alla cultura della milza, non un solo caso di infezione tubercolare dovuto sia ai bacilli, tipo mammiferi, sia al bacillo tipo aviario, sia all'ultravirus tubercolare, sfuggirà alla prova biologica. Studiosi di laboratorio, all'opera! Si attendono i lavori di controllo e di conferma.

G. La Cava.

ONCOLOGIA.

Nuovo metodo di esame del sangue per la diagnosi di carcinoma.

(H. Fuchs. *Münch. Med. Mochenschr.*, n. 43, 1932).

Se si lascia coagulare del sangue in condizioni di sterilità, il siero non intacca affatto la fibrina che si mantiene inalterata anche per settimane; il siero distrugge invece qualsiasi fibrina di specie animale differente. La fibrina umana normale viene intaccata dal siero di altri individui, se questi sono affetti da malattie infettive (lues, tubercolosi, ecc.) oppure da carcinoma. Questi stessi sieri non intaccano la fibrina umana soltanto se essa proviene da individui che sono affetti dalla stessa malattia: così il siero di un carcinomatoso non intacca la fibrina di un altro carcinomatoso, il siero di un tubercoloso non intacca la fibrina di un altro tubercoloso, il siero di un luetico non intacca la fibrina di un altro luetico. Queste proprietà vengono usate dall'A. per la diagnosi di carcinoma, ma anche per quella di tubercolosi e di lues; l'intensità della reazione indica inoltre il grado di reattività dell'organismo. Le fibrine necessarie vengono fornite allo stato secco, esse si mantengono attive per lungo tempo.

Le modalità della reazione sono le seguenti: Al malato sospetto si tolgono a digiuno circa 8 cc. di sangue: in ciascuna di 3 provettine si mette 1 cc. di siero ottenuto con centrifugazione. Nella prima provettina non si mette alcun substrato, nella seconda una piccola e ben determinata quantità di fibrina normale, nella terza la stessa quantità di fibrina di carcinomatoso. Mantenendo condizioni scrupolosamente sterili (vapori di cloroformio) si lasciano le provette per 8 ore alla temperatura di 39°: quindi, allontanate le sostanze proteiche non scisse si determina la quantità di azoto degli aminoacidi e degli altri prodotti di scissione proteica. In caso di sospetto di tubercolosi o lues. si aggiungono altre due provettine con 1 cc. di siero sospetto, una delle quali contiene anche fibrina di tubercoloso, l'altra, fibrina di luetico. Pollitzer.

Su di un metodo citolitico per la diagnosi dei tumori maligni.

(Tinozzi. *Diagnostica e tecnica di Laboratorio*, luglio 1932).

Freund e Kaminer sin dal 1910 studiando il comportamento delle cellule cancerigne di fronte a sieri di sangue di individui sani, o affetti da tumori o da altre malattie constatarono che il siero di sangue di individui normali conteneva sostanze capaci di lisizzare una sospensione di cellule cancerigne, sostanze che invece mancavano negli individui affetti da tumori maligni. Tali sostanze consisterebbero in acidi grassi solubili in etere e termolabili.

Ma tale reazione non dette agli autori che se ne occuparono, risultati sodisfacenti e ne furono incolpate da una parte le difficoltà della tecnica, e dall'altra il fatto che occorre fare una conta delle cellule cancerigne, nella quale risiede la causa della maggior parte degli errori.

Willheim e Stern proposero allora una modificazione allo scopo di eliminare tale conta, stabilendo che le sostanze lipoidee che si liberano dalle cellule disciolte dalla citolisi, danno al rosso neutro una reazione colorata caratteristica sufficiente alla valutazione dei risultati della reazione.

L'A. ha eseguito, nell'Istituto del Cancro di Berlino diretto dal Prof. Hirschfeld, la reazione con la modifica al rosso neutro che elimina la conta, su 70 sieri di cui 39 normali o di individui affetti da malattie sicuramente non neoplastiche, e 31 di individui affetti da neoplasie maligne.

Ha ottenuto la reazione positiva nel 90 % dei casi di carcinoma.

La reazione non è influenzata dall'irradiazione, ma è modificata dalla asportazione completa del neoplasma. In una donna affetta da cancro della mammella in cui la reazione era stata positiva prima dell'operazione, divenne invece negativa dopo cinque mesi dall'intervento radicale, nonostante fosse stata ripetutamente eseguita.

D'altra parte però i risultati non sono altrettanto soddisfacenti negli individui sani o affetti da malattie non neoplastiche, nei quali si ebbe circa il 40 % di risultati positivi.

Perciò il metodo anche con la modificazione del rosso neutro non ha grande importanza dal punto di vista diagnostico , per quanto la grande percentuale di risultati positivi negli individui affetti da cancro abbia una grande importanza dal punto di vista biologico per lo studio dei rapporti che intercorrono fra la presenza di cancro nell'organismo e il modo di comportarsi di queste reazioni citolitiche.

A. Calcagni.

Note radiografiche associate ai tumori della colonna spinale, del midollo spinale e tessuti annessi.

(J. D. Camp, A. W. Adron e J. J. Shugme. *The American Journal of Cancer*, vol. XVII, n. 2, p. 348, febbraio 1933).

Gli AA. non si occupano di metastasi ossee rachidee consecutive a tumori primari di altri organi, nè prendono in considerazione alterazioni proliferative delle lamine dei peduncoli delle spine e delle ossa delle vertebre, nonchè dei dischi intervertebrali, che possono dare luogo a compressione della corda spinale.

Le alterazioni sulle ossa, prodotte da tumori

primari della corda spinale e dei tessuti connessi, furono dimostrate radiologicamente nel 15-20 % dei casi.

Gli AA. ricordano l'impiego dell'olio radiopaco per lo studio delle affezioni spinali.

Ma si occupano specialmente degli esami radiologici di pazienti sospetti di aver tumori che involvono la corda spinale, insistendo sulla visione stereoscopica ed obliqua.

Possono dimostrarsi erosioni secondarie delle ossa per pressione diretta, distruzione dovuta a tumore benigno o maligno. È da tener conto della caratteristica delle lesioni in rapporto alla situazione ed alla estensione.

Tra i tumori benigni dei tessuti molli ricordano i neurofibromi, che nascono dalle radici spinali, che possono essere intra- ed estrameningei, e che si estendono lungo il decorso dei nervi, in modo da aversi una porzione intrameningea ed altra extrameningea. La parte extrameningea può svilupparsi attraverso i forami intervertebrali sotto forma di massa extravertebrale. In tali condizioni si può palpare nel collo una massa, producendo lesioni scheletriche cervicali dimostrabili radiologicamente. Al torace si possono avere erosioni anche delle vertebre, e nel tratto lombare le distruzioni dello speco vertebrale possono essere così gravi da determinare persino una frattura, come in un caso riportato in una figura dagli AA.

Quando il tumore si estrinseca attraverso il forame intervertebrale le lamine possono essere erose e completamente distrutte.

Gli endoteliomi nascono quasi sempre dai villi aracnoidali, ma possono insorgere dalle altre parti delle meningi e dai vasi sanguigni. Più frequentemente sono situati tra aracnoide e pia madre. Sono molto simili ai neurofibromi, eccetto che più piccoli e duri, producono più grande danno nella corda spinale e non hanno estrinsecazione extraspinale. In molti di questi tumori si sviluppa un tumore calcareo del tipo di psammoma. I dolori localizzati sono i primi sintomi. Le lesioni ossee sono molto meno marcate che nei neurofibromi. Le lesioni iniziali sono localizzate ai peduncoli ed alle lamine. Sono dimostrabili radiologicamente le calcificazioni.

I fibromi sono più rari, ed essendo per la loro benignità incapsulati, le alterazioni radiologiche sono similari a quelle che accompagnano i neurofibromi.

Gli emangioblastomi nascono dai vasi dei tessuti spinali e crescono lentamente producendo erosioni nelle lamine, nei peduncoli e nelle ossa. Sono raramente maligni e sono operabili.

Tra i tumori maligni dei tessuti molli ricordano quelli intramidollari, che nascono dalla corda spinale. Molti di questi tumori entrano nel gruppo dei gliomi e nelle fasi degenerative sviluppano cisti. Le alterazioni radiologiche sono rare.

Il glioma delle cellule epanchimali nasce dalle cellule del canale centrale; è situato nel cavo e nel filo terminale. Gli AA. ne hanno osservato un caso che produsse un'erosione estensiva delle lamine dei peduncoli e dei corpi delle vertebre. Hanno decorso lentissimo e quando sono situati nel tratto lombare e sacrale sono caratterizzati da dolori sciatici bilaterali.

Per la sede in cui si hanno le erosioni ossee si può avere confusione con la spina bifida occulta.

Il cordoma è tumore mesenchimale in origine e nasce frequentemente nella regione sacrale. Ai dolori sacrali si accompagnano disturbi vescicali e rettali. Radiologicamente si dimostra in erosioni del sacro, che possono forse sviluppare il tumore nella cavità pelvica e possono rassomigliare a metastasi di tumori maligni.

Sono ancora da ricordarsi i tumori dermoidi nella regione sacrale, capaci di produrre erosioni del sacro e più raramente distruggono le lamine ed i processi spinosi; ma si sviluppano specialmente anteriormente.

Gli AA. prendono in esame anche i tumori benigni della vertebra (osteomi, osteocondromi, condromi, fibrocondromi, emangiomi ecc.). In questi tumori raramente si hanno compressioni del midollo spinale, ma si hanno sintomi di dolori localizzati e disturbi di movimenti.

Tra i tumori maligni della vertebra è da ricordare il mieloma, che nasce dal midollo osseo ed il sarcoma, che nasce dall'osso, periostio e tessuti molli. Il mieloma raramente produce compressione nel midollo spinale, la quale insorge per sarcoma.

Vi sono delle lesioni tubercolari che simulano tumori spinali, così pure si possono avere erosioni spinali secondarie ad aneurismi.

Vi sono inoltre proliferazioni ossee e cartilaginee, le quali producono compressioni del midollo spinale.

Inoltre gli AA. prendono in esame le ricerche con olio radiogeno, mettendo in rilievo lo studio dei contorni nel livello di arresto dell'olio.

JURA.

TIROIDE.

Il passato e il probabile futuro delle malattie della tiroide.

(CHARLES H. MAYO. *The Western-Journ. of Surg., Obstetr. and. Gynec.*, ottobre 1932).

L'A. ha cominciato a curare i gozzi nel 1888. Curava i gozzi piccoli col metodo seguito fin dal 1870 da suo padre, e cioè spennellando ogni giorno la regione del gozzo con iodio finchè compariva una causticazione, poi ricominciando dopo 2-3 settimane di riposo. C'era un miglioramento. Egli non sa su che principio

si basasse il metodo, perchè solo nel 1896 Baumann dimostrò che lo iodio era un costituente della tiroide.

Il primo intervento sulla tiroide fu fatto dal Mayo nel 1890; si trattava di un uomo di 40 anni, con un enorme adenoma tiroideo. Dopo iniezioni locali di ferro ci fu edema che provocava soffocazione. Il Mayo allora cauterizzò la tiroide; nel medicare la ferita nei giorni successivi vide che il tumore si estrinsecava; lo tolse completamente e il malato guarì.

Fino al 1908 il Mayo fece solo 250 interventi per gozzo. Nel 1917, quando morì, Kocher aveva fatto 5000 interventi per gozzo mentre il Mayo alla stessa epoca ne aveva già fatti 6000 su 14.327 fatti complessivamente nella sua clinica.

La mortalità per interventi per gozzo per molti anni fu dell'uno per cento.

Nella clinica Mayo il gozzo fu studiato da Plummer dal lato clinico, da Wilson dal lato anatomico. Kendall nel 1914, sempre alla clinica Mayo, studiò l'iodio sugli organi e in modo particolare sul gozzo e poi isolò la tiroxina. Plummer poi indusse Boothby a studiare il metabolismo basale dei malati di gozzo.

Dopo tutto questo lavoro preparatorio Plummer propose un piano di cura con preparati tiroidei e iodio e ne ebbe risultati meravigliosi. Nella clinica, con questo metodo, la mortalità è notevolmente diminuita dal 1922. Fino al gennaio 1928 ci furono 30.042 operati sulla tiroide, (15.000 dal 1912 al 1921 e gli altri dopo). Soltanto 326 furono rioperati per recidiva dei sintomi alcuni anni dopo. Dal gennaio 1928 al gennaio 1932 furono operati 6145 con 6257 interventi e la mortalità fu minore all'1 %.

Dopo aver fatto notare che è indispensabile al chirurgo il conoscere esattamente l'anatomia, l'embriologia e la fisiologia della tiroide, il Mayo ricorda di aver veduto anni fa col De Quervain centinaia di cretini ricoverati in un istituto a Berna. In avvenire. colla cura iodica fatta opportunamente e data alla madre in gestazione quando la madre è malata o è stata malata di gozzo, si eviterà la procreazione di cretini e le cure adatte iniziate ai primordi di una malattia tiroidea renderanno queste malattie più rare.

R. LUSENA.

Il trattamento della malattia di Basedow.

(J. BELOT e LEDINE. *Annales de Médecine*, aprile 1933).

Il trattamento della m. di Basedow è uno dei problemi più difficili e controversi di tutta la terapeutica.

Essendone poco conosciuta l'etiogenesi, tale malattia è stata sottoposta a terapie svariatissime, le quali, nella maggior parte dei casi, non sembrano avere alcun rapporto fra di loro. È perciò che lo studio dei risultati pubblicati da coloro che sull'argomento hanno acquistato grande esperienza lascia nello spirito una certa esitazione sul valore reale dei vari metodi, volta a volta preconizzati con varia fortuna.

Numerose statistiche e importanti hanno fatto l'apologia dell'uno o dell'altro di tali metodi: e quasi sempre l'A. di esse è convinto che il metodo da lui applicato è superiore agli altri: come si vede, l'accordo è tutt'altro che perfetto. E questo accordo nemmeno ancora si è raggiunto sulla definizione della malattia: la denominazione più razionale è forse quella degli AA. americani, i quali propongono per questa malattia il nome di « tireotossicosi » eliminando così dal quadro nosologico i gozzi semplici e facendovi entrare invece quei casi in cui l'ipertrofia della tiroide è poco marcata o addirittura nulla. Difficoltà di diagnosi, riunione in un solo gruppo di malattie spesso nettamente diverse, fattore individuale; tali sono le cause che spiegano a sufficienza la differenza dei risultati denunciati dai vari AA. Ma bisogna aggiungervi il valore proprio del terapista, e ciò specialmente per quanto riguarda la cura chirurgica e radioterapica.

Fino ad oggi esistono tre trattamenti efficaci della m. di Basedow e dell'ipertiroidismo in generale.

IL TRATTAMENTO MEDICO.

Per quanto abbia al suo attivo successi numerosi ed incontestabili, esso si è dimostrato nella maggioranza dei casi insufficiente.

Certo i fenomeni di eccitazione simpatica sono rapidamente dominati con la valeriana e i bromuri, il cuore insufficiente o eretistico ritrova il suo equilibrio grazie alla digitale, alla chinina e suoi derivati: così anche il salicilato di sodio è utile nei casi in cui si sospetti una origine reumatica, del pari che l'opoterapia ovarica, la quale ha dato in alcuni casi dei risultati interessanti. Ma non si tratta che di medicamenti puramente sintomatici, e l'importanza della cura medica sarebbe addirittura minima se un medicamento principe non si fosse imposto nella terapia: lo *jodio*. Preconizzato da Basedow stesso, è stato poi rimesso in onore dagli americani: il suo effetto è lento e sicuro ed è esso che permette al chirurgo di operare i malati di Basedow nelle migliori condizioni possibili. Ma, per quanto efficace esso sia, la sua azione non dura indefinitamente: arriva un momento in cui la sua azione cessa. La sua funzione è dunque più di sostegno e di preparazione agli altri metodi, che non specificamente curativa.

TRATTAMENTO CHIRURGICO.

Da quando, nel 1884, Tillaux per primo la propose, fino ad oggi, la chirurgia del gozzo esoftalmico ha subìto una evoluzione profonda.

Un gran numero di operazioni che furono già in onore non sono ormai più praticate: lo studio dei risultati pratici ha indirizzato i chi-

rurgi verso la tiroidectomia subtotale, operazione praticata oggi in maniera quasi esclusiva. Più larga è la resezione, migliori sono i risultati.

Gli insuccessi e le recidive dipendono da una resezione troppo risparmiatrice o da sviluppo anormale del frammento di ghiandola lasciata in sito, frammento che non dovrebbe essere di più di un grammo per lobo.

Asportato il gozzo si nota subito un miglioramento dei sintomi della serie tiroidea: cessano le cefalee, scompaiono i disturbi digestivi, il peso aumenta e il metabolismo basale ritorna pressochè al normale. Ma i sintomi simpatici sono poco influenzati; spesso persistono le palpitazioni e i disturbi nervosi, l'esoftalmo non si modifica. Le statistiche dei vari chirurghi si aggirano intorno all'80 % di guarigioni, mentre la mortalità varia fra il 5 % e l' 1 % per i più specializzati.

La guarigione sarebbe rapida e totale, le recidive rare, i risultati estetici ottimi. Donde la tesi interventista: la malattia di Basedow è malattia principalmente chirurgica.

Ma guardiamo un po' il rovescio della medaglia.

Complicazioni operatorie immediate. Sopravvengono durante l'atto operatorio stesso o subito dopo:

1) emorragie: è un pericolo notevole data la dilatazione dei vasi e l'estrema friabilità di essi nel m. di Basedow. La legatura preventiva delle arterie diminuisce però il rischio;

2) asfissia; se ne sono osservati due casi per compressione della trachea durante l'operazione o per spasmo prolungato della glottide. In uno di tali casi Bérard ha dovuto praticare la tracheotomia;

3) lesioni dei ricorrenti; non sono frequenti le lesioni totali ma bensì quelle parziali dovute a stiramenti: queste assumono però carattere transitorio;

4) morte brusca durante l'operazione (*choc* operatorio da tireotossicosi fulminante o riflesso inibitore cardiaco?).

Complicazioni post-operatorie:

1) *poussées* d'ipertiroidismo, che sono generalmente benigne ma possono essere gravi ed anche mortali;

2) mixedema e tetania;

3) complicazioni cardiache e polmonari;

4) recidive: una volta frequenti, vanno ora diventando più rare; nelle recidive i sintomi clinici sono più accentuati;

5) risultati estetici spesso discutibili, cicatrici cheloidee a cravatta, evidenti ed antiestetiche più del gozzo stesso;

6) risultati incompleti, per persistenza dei sintomi simpatici tanto che l'esoftalmo richiede spesso una simpatectomia secondaria, operazione che ha i suoi seri inconvenienti. Secondo alcuni AA., gli interventi sul simpatico sono un errore fisiologico: il vero trattamento dell'esoftalmo deve essere ricercato fra i medicamenti capaci di paralizzare elettivamente le terminazioni nervose simpatiche e i farmaci del gruppo della Yoimbina sembrano essere i più adatti a questo scopo.

In alcuni casi i miglioramenti ottenuti con l'intervento non persistono e si deve allora ricorrere di bel nuovo alla terapia jodica: la situazione cioè è pressochè la stessa di quella precedente l'intervento;

7) convalescenza spesso prolungata, oscillante fra due e sei mesi, sì che la rapidità dei risultati operatori è controbilanciata dalla lunghezza della convalescenza.

Trattamento fisioterapico.

Fra i vari agenti fisici utilizzati per il trattamento del m. di Basedow, due sono i più importanti: l'elettricità e la radioterapia (raggi X e radium).

L'elettroterapia ha un ruolo di secondo piano: tutte le forme di corrente elettrica sono state utilizzate, sia in applicazioni generali, sotto forma di bagni elettrici, oggi completamente abbandonati, sia in applicazioni locali.

Queste sono oggi praticate mediante corrente galvano-faradica, che ha dato migliori risultati che non la corrente faradica o la galvanica isolatamente. L'elettroterapia ha un reale valore terapeutico: teoricamente, le sue principali indicazioni sono le forme fruste, leggere, a predominanza simpatica, mentre che le forme più gravi, a predominanza tiroidea dovrebbero essere sin dall'inizio trattate con i raggi X.

La radioterapia del gozzo esoftalmico fu applicata la priva molta da Williams nella clinica Mayo. È interessante notare come i raggi X, che pare abbiano poca influenza sulla tiroide normale, agiscono invece sulla ghiandola iperplasica di cui frenano la secrezione, giungendo persino a dare, se la dose è stata troppo forte, dei segni di mixedema.

Per quanto riguarda il dosaggio, i vari AA. concordano sull'impiego di dosi medie, sufficientemente distanziate, da 8 a 12 giorni, secondo la sensibilità dei malati. Dopo 10 o 12 applicazioni, gli AA. generalmente sospendono il trattamento per due o tre mesi, per riprenderlo in seguito secondo i risultati clinici e quelli forniti dal metabolismo basale: la regola varia quindi per ciascun malato.

Per quanto riguarda i *risultati* della radioterapia, le statistiche dei vari AA. dànno una media di guarigioni che si aggira intorno al 60 %. Come per l'elettroterapia anche qui i sintomi subiettivi e funzionali sono quelli che spariscono per primi: nervosismo, palpitazioni, vampate di calore; diminuiscono i tremori e la tachicardia e così anche i disturbi digestivi; anche il M. B. si abbassa notevolmente. I sintomi fisici persistono più a lungo ed alla fine il gozzo finisce per attenuarsi, talvolta spa-

risce, mentre che l'esoftalmo resta il più delle volte ribelle.

Gli svantaggi che i chirurgi attribuiscono alla radioterapia sono i seguenti:

1) la radioterapia è un metodo di cura troppo lungo, e questo è vero: ma si è visto che anche il metodo chirurgico porta con sè una convalescenza che può durare anche un anno;

2) la radioterapia è inefficace: secondo gli AA. è la mancanza di pazienza che fa dire questo ai chirurgi. Se si sa attendere, ed applicare il metodo a regola d'arte, la radioterapia, combinata e completata con la elettroterapia, raramente fallisce;

3) la radioterapia provoca delle *poussées* d'ipertiroidismo: tali accidenti non possono essere dovuti che a un dosaggio troppo elevato;

4) la radioterapia può produrre il mixedema, ma esso è sempre transitorio e facilmente curabile;

5) la radioterapia produce una vascolarizzazione locale, delle lesioni cutanee e delle aderenze che diminuiscono le possibilità di successo del trattamento operatorio. Ma tali lesioni erano frequenti all'inizio della radioterapia; oggi una filtrazione selettiva appropriata, un dosaggio preciso, una tecnica severa hanno evitato tali danni e molti chirurgi hanno modificato la loro opinione.

Come si vede, gli AA., che sono fisioterapisti, tirano l'acqua al loro mulino: si verifica cioè, per la cura del gozzo, quanto è avvenuto per la cura del fibroma uterino, a lungo disputato fra chirurgi e radiologi. Volendo restare imparziali, bisogna concludere che i campi d'azione dei due metodi non sono ancora ben delimitati. Solo l'accurato studio dei casi clinici permetterà di stabilire esattamente quali casi spettino al chirurgo e quali al radiologo, a meno che non si voglia prendere sul serio quanto propone M. Labbé, di mandare cioè al chirurgo quei malati che hanno più fretta, riservando al radiologo i pazienti veramente tali.

G. LA CAVA.

Nei prossimi numeri daremo:

QUADRO CLINICO DI PORPORA REUMATICA CON REPERTO DI STREPTOCOCCO

Lezione clinica del prof. R. SILVESTRINI

Direttore dell'Istituto di Clinica Medica della R. Università di Perugia

SIRINGOBULBIA. PROBLEMA EZIOLOGICO E PROBLEMA TERAPEUTICO.

Lezione clinica del prof. G. JONA

tenuta alla Scuola di Medicina Pratica « A. Minich » di Venezia.

DIVAGAZIONI

Attività sessuale e longevità.

L'influenza dell'attività sessuale sulla durata della vita è stata oggetto di numerosi studi. I risultati delle ricerche statistiche sul materiale umano non sono stati conclusivi ed esaurienti, in quanto nelle varie categorie di persone prese in esame oltre a quello sessuale altri fattori possono concorrere ad accorciare o a prolungare la durata dell'esistenza. Così, a mo' d'esempio, nella classe degli ecclesiastici oltre l'astinenza sessuale possono influire a determinare tale durata le abitudini imposte dalla regola, il regime alimentare e simili.

Senza dire che nell'astinenza assoluta influisce anche l'elemento favorevole della mancanza o quasi dei contagi venerei.

Nè è logico trarre conclusioni dal rapporto tra il numero della prole e la durata della vita dei genitori. Alcuni autori americani hanno trovato che vivono di più coloro che hanno più figli. Ma tale dato di fatto non ha importanza per la quistione che ne occupa, in quanto che è risaputo che la quantità della prole non è sempre in rapporto diretto con l'attività erotica dei genitori, anzi è stato sostenuto che talvolta il rapporto è inverso.

In linea teorica, tenuto conto che le gonadi hanno influenza sullo stato generale sia direttamente sia attraverso le altre glandule endocrine con le quali sono in relazione funzionale, si può presumere che l'attività sessuale influisca sullo stato di benessere degli individui, sul loro potere di resistenza alle infezioni e conseguentemente sulla durata della vita.

L'organismo umano è un complesso armonico di funzioni interdipendenti, e l'assolvimento di ciascuna di esse ha influenza sulle altre. La funzione genitale non può sottrarsi a questa legge. E ciò tanto più in quanto il sesso costituisce uno degli istinti fondamentali della vita, ed ha pertanto una gran parte nel determinismo del tono sentimentale.

Non è azzardato quindi ammettere che l'uso non adeguato dell'attività sessuale, sia come astinenza sia come abuso, possa attraverso azioni psico-fisiologiche indebolire l'organismo ed affrettarne la fine.

Ed è presumibile anche un comportamento diverso si abbia nei due sessi, in quanto nella donna l'attività sessuale è legata alla funzione genitale. Le gravidanze hanno ripercussioni sullo stato generale ed influiscono sulla mortalità per tutti gli stati patologici relativi alla gestazione, al parto, al puerperio ed all'allattamento.

Anche per questo riguardo le statistiche umane non si prestano allo scopo. Quindi elementi per conclusioni sempre approssimative si possono dedurre solo dagli esperimenti istituiti sugli animali.

Autori inglesi e russi (Philippe, Nelly Rau, Alpatov e Gordeenko) hanno assodato che in alcuni generi di farfalle i maschi e le femmine hanno una vita della stessa durata se vivono separati. Ma se si fanno vivere in comunità in modo da permetterne l'accoppiamento si constata che i maschi vivono più delle femmine.

I. Rollin Glonaker (*American Journal of Physiology*, vol. LXXXV) ha fatto interessanti ricerche sull'azione dei rapporti sessuali sulla durata della vita nei sorci bianchi.

Egli divide gli animali in sei gruppi: 1) animali che vissero sempre separati e che non ebbero mai alcun rapporto sessuale; 2) animali che ebbero rapporti sessuali poco numerosi; 3) animali che ebbero un numero medio di rapporti sessuali; 4) animali che ebbero rapporti sessuali numerosi; 5) femmine isterectomizzate viventi in unione con maschi normali; 6) femmine isterectomizzate viventi da sole.

Constatò che i maschi vissero in ogni caso sempre più delle femmine, che la durata della vita fu maggiore negli animali che ebbero rapporti sessuali con un massimo in quelli nei quali i rapporti stessi furono in numero medio, e che infine i maschi per quel che riguarda la longevità si giovarono di più dell'attività sessuale moderata. *argo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI. [1]

Nouveau Traité de Médecine. Fasc. X. *Pathologie de l'appareil circulatoire* (*Coeur et vaisseaux*). Vol. I, II, III di compl. pagg. 2500 e circa 700 fig. Masson et C., Paris, 1933. Frs. 365.

Numerosi AA. hanno contribuito alla compilazione di questo volume: è merito però di Lutembacher d'aver saputo coordinare e fondere gli sforzi dei vari redattori, sì che tutta la materia appare come scritta da un'unica persona.

Per la vastità degli argomenti tuttavia questo fascicolo è stato suddiviso in tre volumi. Il primo comprende l'anatomia e la fisiologia dell'apparato cardio-vascolare, lo studio delle sindromi, l'esplorazione funzionale del cuore, la farmacodinamica dei medicamenti cardiaci ed il trattamento delle varie sindromi. Degni di rilievo particolarmente appaiono i capitoli di Teissier sulla semeiologia cardiaca, di E. Bordet sull'indagine radiologica, di Lutembacher sullo studio strumentale e grafico e sulle insufficienze cardiache, di Dumas sull'angina.

Nel secondo fascicolo lo studio della patologia del cuore si trova suddivisa in 4 grandi capitoli: pericarditi, miocarditi, endocarditi e lesioni valvolari.

Teissier et Duvoir descrivono infatti dapprima le affezioni del pericardio, pericarditi acute, semplici o purulente, e la sinfisi del pericardio, mentre in un altro capitolo gli AA. trattano delle miocarditi croniche, insistendo notevolmente sulla diversità delle forme cliniche e sull'interesse delle constatazioni anatomo-patologiche.

Pure Teissier, ma in collaborazione con Lian, tratta in seguito della dilatazione e della ipertrofia di cuore; a proposito del grosso cuore di Traube essi discutono i rapporti dell'ipertensione arteriosa con le lesioni cardiache e renali.

A Mouquin sono dovute le diverse forme di endocarditi, mentre Giraud studia successivamente i diversi tipi di insufficienza aortica, l'infarto miocardico, infine la sifilide del cuore, a proposito della quale espone idee assai giuste sulle indicazioni del trattamento specifico nei cardiaci, che in passato siano stati luetici.

Preceduto da alcune pagine di Rouviere sullo sviluppo del cuore, dei suoi orifici e dei suoi setti, appare quindi un magnifico studio, di Pichon sulle malformazioni congenite del cuore: con stile chiaro e semplice l'A. le passa tutte in rassegna (dalle più comuni alle più rare) con finezza di dettagli a volte veramente interessanti.

La patologia dei vasi infine occupa tutto il 3° fascicolo, ed anche in questo magnifici capitoli sono quelli sulle aortiti e sugli aneurismi aortici di Gravier e Goyet, sulle affezioni dell'arteria polmonare di Durand, sulla tensione arteriosa di Dumas.

In ogni capitolo, come per tutti gli altri volumi di quest'opera, larga parte è fatta sempre alla clinica, ai metodi d'indagine, alla terapia.

Il successo già riportato da quest'opera è dovuto appunto a tali pregi e certamente anche questi volumi riguardanti la cardiologia saranno apprezzati come meritano.

A. P.

G. Giraud. *L'hypotension artérielle dans les maladies chroniques*. Vol. in-8° Masson & C., 1933. Paris. Frs. 40.

L'ipotensione arteriosa è trattata, in questo bel libro, da un punto di vista essenzialmente clinico: i quadri morbosi che a lei si accompagnano sono tutti ricordati e illustrati con ampiezza.

Nè la fisiopatologia della ipotensione è trascurata, chè il suo meccanismo è studiato a fondo, e ne sono messi bene in evidenza i fattori diretti (cardiaco, vasale e sanguigno) e gli indiretti (sistema endocrino-simpatico).

L'A. passa in rassegna così tutti gli stati ipotensivi di cui la clinica deve occuparsi: tutte le malattie croniche, di natura infettiva, o tossica, legate a disturbi della nutrizione, al cancro, alle endocrinopatie sono ricordate con molta chiarezza: alcuni di questi capitoli,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

quello della tubercolosi per esempio, presentano particolare interesse.

Il breve accenno alla terapia va raccomandato al lettore specie per quanto riguarda l'uso degli angiotonici, che tien giusto valore del significato dell'elemento vasale nella genesi della ipotensione.

Tutto il piano del lavoro è esposto con schematica chiarezza; gli autori italiani sono largamente citati, specie il Luisada, ed è ampiamente riconosciuto al Ferrannini il merito e la priorità delle vedute sulla ipotensione costituzionale.

Il bel libro del Giraud rappresenta una delle tre monografie che un gruppo di autori francesi ha voluto dedicare a questo interessante problema della patologia cardio-vascolare: e merita piena lode. V. SERRA.

L. KREHL. *Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten*. Vol. III. Un vol. in-8° di 189 pag. F. C. W. Vogel, Berlin, 1933.

Si completa con questo volume l'opera di cui abbiamo già precedentemente data notizia. La terapia che l'A. vi tratta non è quella dei ricettari, ma deriva come logica conseguenza dalla materia svolta nei due precedenti volumi, integrandola con la patologia in un tutto unico.

Dopo qualche capitolo sulla terapia generale e causale, sull'alimentazione, sui metodi fisici e psichici di terapia, l'A. si occupa del trattamento della febbre, delle malattie infettive e di quelle dei diversi organi e sistemi.

Il libro esige un'attenta lettura per essere pienamente apprezzato ed ha il grande merito di foggiare una *forma mentis* basata sui principi generali, per cui l'applicazione al caso singolo riesce più agevole e sicura. *fil.*

P. GIRARDI. *Malattie dell'apparato digerente ed elementi di dietetica*. Un vol. in-8° di 626 pag., con 193 fig., rilegato (Collezione di « Manuali di Medicina »). Unione tipografico-editrice, Torino, 1933. Prezzo L. 55.

Le malattie dell'apparato digerente costituiscono una larga percentuale dell'attività del medico pratico e si presentano spesso in quadri non tipici, di diagnosi differenziale tutt'altro che agevole. D'altra parte, il sempre crescente affinamento dei metodi di ricerca rende necessario un libro bene aggiornato che di tali metodi tenga il debito conto. Tale è appunto questo del prof. Girardi che espone in modo chiaro e completo la patologia dell'apparato digerente: il cavo orale, l'esofago, lo stomaco, l'intestino, ivi compresi i vermi ed i protozoi intestinali. Seguono gli elementi di dietetica, parte essenziale in un trattato di questo genere, con indicazioni pratiche per la preparazione dei varî cibi.

Come giustamente osserva nella prefazione il prof. Ceconi, questo libro è svolto in forma piana e persuasiva, ordinato secondo quanto di più moderno interessa l'argomento; in esso l'esposizione dottrinale va sempre di pari passo con quella pratica, senza che l'una soverchi mai l'altra. Il libro risponde ottimamente allo scopo per cui fu ideato e scritto, di servire utilmente al medico pratico. *fil.*

F. RAMOND, DIMITRESCO-POPOVICI e H. DANY. *L'aérophagie et son traitement*. Un vol. in-16°, di 132 pag., con 10 fig. Masson e C.ie, Paris, 1933. Frs. 17.

Sindrome complessa, messa in rilievo da Hayem e soggetto di recenti discussioni, l'aerofagia ha un'importanza clinica che non si può disconoscere, purchè si metta come principio la distinzione fra l'aerofagia libera e quella bloccata. Scompare in tale distinzione l'importanza del tic di inghiottimento ed il termine di aerofagia rimane per indicare non già la sacca d'aria gastrica, intestinale od anche esofagea, ma l'insieme dei disturbi, dei sintomi accusati dai malati che presentano una particolare sensibilità del loro stomaco per la distensione gastrica.

Gli AA. espongono il meccanismo, l'eziologia, la sintomatologia varia e complessa, le forme cliniche, ivi compresi i disturbi cardiaci e respiratori, lo studio radiologico, la diagnosi ed il trattamento. *fil.*

A. KRECKE. *Vom Arzt und seinen Kranken*. III edizione. Un vol. in-16°, di 380 pag. J. F. Lehmann, München, 1933.

Si è mai veduto un chirurgo che, prima di iniziare la narcosi si sedesse accanto al malato, prendendogli paternamente la mano e mormorandogli parole di conforto, sicchè il malato si addormentava con la sensazione di avere vicino il proprio salvatore? Tale era Alberto Krecke, un noto chirurgo di Monaco che ha sempre sentito così profondamente la nobiltà della professione nostra e l'amore umano. E la larga esperienza raccolta nei 45 anni di vita professionale, guardando sempre addentro alle cose con sereno spirito, è trasfusa in questo libro postumo che, in una ventina di capitoli considera varie situazioni e problemi riguardanti i medici ed i malati. Citiamo i titoli di qualcuno: La popolarità del medico. Come prevenire il dolore. La psicoterapia dei carcinomatosi e del terrore per il cancro. La responsabilità del medico in alcune malattie con pericolo di morte. L'ispezione del malato. La lettura dei giornali medici. Il medico malato. Le questioni di onorario fra colleghi. Come si vede, questioni vive, in cui il medico s'imbatte, si può dire, ogni giorno e su cui l'A. porta esempi che bene le lumeggiano e tutte trattate con alto senso di vita e con una pacata bonomia che vi avvince.

È un libro di agevole lettura che, una volta incominciato non si lascia facilmente ed a cui si ritorna spesso. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

VII° Congresso Internazionale di Medicina e Farmacia Militare.

(Madrid 29 Maggio - 4 Giugno 1933-XI).

Ne abbiamo già dato notizia preliminare nello scorso numero.

Il 30 e il 31 maggio, in assemblee plenarie, fu discusso il primo tema riguardante i *principî generali di organizzazione sanitaria presso una nazione in guerra* e le *applicazioni della nuova Convenzione di Ginevra.*

Le sedute furono presiedute dal ten. generale medico Franchi. Il dibattito fu ampio e pieno d'interesse specialmente a causa delle fondate obiezioni mosse alle conclusioni della relazione ufficiale dal presidente e dal ten. col. medico De Bernardinis che per primo ebbe la parola. Il generale Franchi intervenne nella discussione con tre comunicazioni, dirette a chiarire i punti di vista della Delegazione italiana che con l'esperienza vissuta nella grande guerra ridusse l'assemblea all'incondizionata approvazione di radicali modificazioni e rettifiche delle conclusioni ufficiali, redatte dai relatori. Il contributo italiano fu cordialmente apprezzato e si formò subito intorno alla nostra Delegazione un ambiente di stima lusinghiera, che ebbe cordialissime manifestazioni nell'universale consenso delle assemblee od in ripetute private attestazioni di simpatia per parte di congressisti delle più diverse Nazioni.

Il 2°, 3°, 4° e 5° tema furono discussi contemporaneamente, in sezioni distinte, tra il 1° ed il 3 giugno; così anche furono svolti a parte i lavori della sezione veterinaria.

Lo svolgimento del 2° tema riguardante le *vaccinazioni preventive* fu diretto dal generale medico francese DOPTER, l'igienista tanto noto negli ambienti scientifici internazionali. Fra le diverse tendenze dei negatori e degli entusiasti, fu riconosciuta l'efficacia della profilassi vaccinica e fu emesso un voto tendente a far sì che le vaccinazioni siano eseguite prima del reclutamento per le malattie che maggiormente minacciano la salute del soldato, potendosi trarre utili vantaggi per la popolazione militare e civile da una siffatta immunizzazione premilitare. Notevole una comunicazione del 1° capitano medico FIORE MARIO (Ospedale militare di Udine) sui risultati ottenuti in Libia con la vaccinazione antitifica e in occasione di una limitata ricorrenza epidemica di peste bubbonica. Il ten. generale medico FRANCHI, avendo rilevato che presso alcune Nazioni sono tenuti segreti i metodi di preparazione dei vaccini, usati nelle Forze Armate, presentò un ordine del giorno col quale si proponeva che, secondo lo spirito di collaborazione e le stesse finalità umanitarie di questi congressi, fossero resi noti senza riserva i procedimenti usati nell'allestimento dei materiali di profilassi; anche per estenderne l'esperienza e giovare al loro perfezionamento. Questo voto fu accettato dall'assemblea ed iscritto nelle conclusioni.

Il 3° tema riguardava le *cure chirurgiche presso la linea del fuoco* e le *formazioni specializzate mobili avanzate*, nella guerra di movimento. Alla discussione partecipò il congressista italiano Maggiore gen. medico in P. A. prof. CACCIA esponendo i risultati delle esperienze compiute in guerra sulla fronte italiana ed apportando un contributo assai apprezzato ed influente per le deduzioni conclusive.

Il 4° tema aveva per oggetto *la preparazione e l'analisi degli alimenti conservati* che fanno parte della razione del soldato in pace e in guerra. Il Capo della Delegazione italiana dovette intervenire, nell'assemblea generale finale, per rettificare una delle conclusioni adottate e che nelle attribuzioni tecniche al detto riguardo tendeva a far parte quasi esclusiva agli ufficiali chimici farmacisti. Il Congresso accettò l'osservazione secondo la quale la funzione degli ufficiali igienisti rimane di primo piano, specialmente per quanto riguarda il valore nutritizio degli alimenti in conserva, onde è necessaria la più larga collaborazione in bromatologia, con un lavoro d'insieme guidato dagli enti sanitari direttivi. Notevoli le comunicazioni sul 4° tema del maggiore chimico farmacista GORRETA e del cap. medico CALIGARIS.

Col 5° tema era stato proposto lo *studio comparativo dei servizio odontoiatrico e del servizio amministrativo* negli eserciti dei diversi Paesi. Attesa la varia costituzione organica delle Sanità militari e l'ordinamento degli studi professionali non uniformi, sono stati adottati per il servizio odontoiatrico conclusioni tendenti al reclutamento del personale specializzato fra professionisti in possesso di titolo legale, come ora non avviene ovunque, e sopra tutto alla adeguata preparazione medico-militare. In fatto di amministrazione, se ne è riconosciuta la decisiva importanza per il regolare funzionamento delle formazioni sanitarie che richiedono una sicura competenza nella gestione delle complesse attività amministrative.

Il 3 giugno fu dedicato a dimostrazioni scientifiche nell'Ospedale militare ed in altri istituti medici specializzati e stabilimenti chimico-farmaceutici della città.

Ebbero luogo varie visite.

Il prossimo Congresso sarà tenuto a Bucarest nel settembre del 1935. Per il primo dei temi, riguardante il servizio sanitario nella guerra di montagna, sono stati prescelti come Paesi relatori l'Italia e la Romania.

Sarà consegnata al « Giornale di Medicina Militare » una diffusa relazione del VII Congresso, ove saranno maggiormente sviluppate le notizie di cronaca ed il commento tecnico ai lavori del Congresso. Giova intanto rilevare che la Delegazione italiana si è affermata per la parte attivissima presa alla trattazione dei temi nonchè per la preponderante azione esplicata in seno al Comitato permanente e alle adunanze dei capi delle delegazioni, ove erano trattate questioni inerenti alla organizzazione dei Congressi e argomenti tecnico-sanitari d'ordine generale.

In una delle più solenni occasioni che fu quella di un convito e di un ricevimento offerto dal Capo del Governo nel più sontuoso albergo di Madrid, il generale Franchi fu incaricato di parlare in nome di tutti i congressisti. Il discorso ebbe la più lusinghiera accoglienza per parte dei convenuti che sottolinearono lo stile, conforme al nostro metodo nazionale, per dignità e misura. Il Capo del Governo nella sua risposta, e poi personalmente, ebbe parole di alta considerazione che, oltre le persone, andavano alla nostra Nazione, tanto prossima alla Spagna per la

comune civiltà e per un istintivo senso di profonda fraternità

Sebbene ogni manifestazione della delegazione e dei congressisti italiani fosse naturalmente tenuta estranea a qualsiasi accenno d'ordine politico, pure erano visibilmente ovunque rilevabili i segni di grande rispetto con cui anche negli ambienti cittadini erano accolti i nostri ufficiali, ciò che dimostra ancora quanto prestigio abbia guadagnato agl'italiani all'estero il Regime Fascista.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 28 aprile 1933.

Presiede il prof. MARIO TRUFFI, presidente.

Prof. E. MENEGHETTI. — *Il meccanismo d'azione dello zolfo nell'organismo.*

Dott. RIZZOTTI. — *Ricerche sul meccanismo d'azione della diacetilmorfina.*

Dott. LUIGI ROBUSCHI. — *Influenza dell'ergosterina irradiata sul contenuto in magnesio delle ossa.*

Corpo estraneo nel bronco di destra.

Prof. ZANIBONI. — L'O. prende lo spunto da un caso di corpo estraneo inspirato nel bronco di destra da un bambino che ha presentato sintomi di asfissia acuta tardiva e che è guarito mediante estrazione del C. E. per via tracheotomica, per passare in rapida rassegna la sintomatologia clinica e radiologica della ritenzione di corpi estranei nelle vie aeree.

Trasformazioni chimiche dello zolfo introdotto per via respiratoria.

Dott. A. CESTARI. — L'O. espone i primi risultati di uno studio sull'abitudine alla adrenalina. Si può ottenere nei conigli (85 %) una abitudine ben evidente alle azioni tossiche del farmaco, tanto da sopportare bene dosi quindici volte superiori alla minima letale.

Seduta del 5 maggio 1933.

Prof. RONCATO. — *Sulla presenza di nuclei pirrolici nell'idrolizzato triptico di gliadina.*

Dott. SAPIENZA GNAVI. — *Trasformazioni chimiche e fisiochimiche dei sali di tallio nell'organismo.*

Il tiosolfato sodico come antidoto del tallio.

Dott. S. SAPIENZA GNAVI. — Il tiosolfato di sodio non può essere un efficace antidoto nell'avvelenamento da tallio perchè nell'organismo i sali di tallio che si iniettano si trasformano in cloruro di tallio e il tiosolfato di sodio (come dimostrano concordemente ricerche in vitro ed in vivo) non può spostare il tallio dal cloruro a meno che non si trovi in un fortissimo eccesso sui cloruri presenti, condizione questa che non può mai avverarsi nell'organismo.

Dott. BASSANI. — *Relazione tra metabolismo degli idrati di carbonio e metabolismo di sostanze azotate durante la funzione cardiaca.*

Dott. CAVALLI e OTTAVIANI. — *Asportazione del linfonodo popliteo del coniglio tra due legature e senza legatura. Effetti di questi interventi.*

Il tiosolfato come antidoto del piombo.

Dott. R. LINGUERRI. — Con ricerche in vitro e in vivo si dimostra che il tiosolfato di sodio non può agire come antidoto nell'avvelenamento da sali di piombo. Infatti i sali solubili di piombo si trasformano nell'organismo in fosfato di piombo e il tiosolfato di sodio deve essere in fortissimo eccesso per spostare il piombo da tale sale. La controprova si ha nel fatto che iniettando nell'organismo del tiosolfato di piombo e di sodio esso si trasforma in fosfato di piombo.

Il Segretario.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 4 maggio 1933.

Prof. C. COMBA. — Relazione sulla *Sieroterapia antidifterica.*

Seduta dell'11 maggio 1933.

Dott. B. LO VULLO. — *Due casi di epitelioma della faccia sottoposti a terapia irradiante.*

Dott. B. LO VULLO. — L'O. presenta due casi di *epitelioma della faccia a tipo basocellulare* particolarmente gravi per sede (compartecipazione delle palpebre) e per estensione, sottoposti a Röntgen e Radiumterapia, e con esito in guarigione essendosi ottenuta la scomparsa completa di ogni lesione neoplastica clinicamente apprezzabile.

Meningite linfocitaria acuta benigna d'origine brucellare.

Prof. M. VOLTERRA. — L'O. descrive un caso di meningite acuta non purulenta a sedimento linfocitario (leptomeningite acuta linfocitaria benigna) insorta improvvisamente in una giovine di 19 anni, senza alcun prodromo, con cefalea violenta e febbre elevata, e decorsa con notevole mitezza di sintomatologia in circa 3 settimane. Le agglutinazioni riuscirono positive a tasso alto per il micrococco di Bruce e a tassi un poco minori anche per il paramelitense e l'*abortus*: vi fu agglutinazione positiva, anche nel liquor. Durante il periodo che la p. fu in Clinica si assistette al costituirsi dell'ingrandimento del fegato e della milza. L'O. passa in rassegna le diverse modalità con cui possono presentarsi le alterazioni della meninge nell'infezione brucellare e mette in evidenza la singolarità del suo caso che è l'unico della letteratura nel quale la sindrome meningitica sia insorta primitivamente, come manifestazione d'inizio della brucellosi.

Prof. G. SIMONELLI. — *Alcune considerazioni fisiologiche sulla opportunità di sostituire nella pratica terapeutica miscele di ossigeno ed anidride carbonica all'ossigeno puro* (presentazione dell'apparecchio).

Dott. G. C. PARENTI. — *Eterotopia osteomidollare e metastasi cancerigne nella gran falce cerebrale.*

Il dolore nel campo genitale interno femminile.

Prof. G. PAROLI. — L'O. dopo considerazioni generali sul dolore viscerale, ed in particolar modo sulla sua riflessione parietale e sugli effetti della novocainizzazione cutanea *loco dolenti*, riporta i risultati di osservazioni originali eseguite con l'applicazione del metodo nel campo ostetrico-ginecologico. Ne ricava quindi conclusioni sia nel riguar-

do dell'innervazione sensitiva dei genitali interni, dimostrando, per esempio, nell'utero un'indipendenza d'innervazione del corpo del collo; sia nel riguardo del valore diagnostico del metodo e della sua importanza terapeutica.

I Segretari: Proff. L. Picchi, P. Niccolini.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 3 giugno 1933.

Presidente: Prof. F. A. Foderà.

P. Redaelli. — *Studio anatomo-patologico della leishmaniosi viscerale spontanea del cane.*

L'emopoiesi nelle Leishmaniosi.

Dott. A. Baserga. — L'O. ha studiato il materiale anatomo-patologico degli organi emopoietici dei cani che servirono ad Adler e Theodor nelle loro ricerche recentissime che portarono all'identificazione forse definitiva dell'agente trasmettitore della Leishmaniosi viscerale mediterranea.

L'O. ne prende occasione per descrivere veri particolari meno noti nel quadro della Leishmaniosi. Sopratutto basandosi sui casi di infestazione più intensa e sul quadro della Leishmaniosi sperimentale dello spermofilo, l'O. mostra che la lesione più caratteristica dell'emopoiesi nella Leishmaniosi è un'aplasia mieloide globale. Ciò dà modo all'O. di spiegare il determinismo di vari fatti del quadro della Leishmaniosi umana, quali la leucopenia e la mancanza di infarcimento pigmentario della milza.

Infine l'O. crede di poter mettere in rapporto tale aplasia mieloide con la iperplasia reticoloendoteliale caratteristica della Leishmaniosi, e dal confronto con sue precedenti ricerche che studiarono il quadro opposto, l'aplasia mieloide primitiva, crede di poter assurgere alla concezione di una legge generale di una tendenza antagonistica fra stroma e parenchima, basata sulla duplice potenzialità evolutiva dello emoistioblasto, per cui quelle condizioni che fanno aumentare i derivati istioidi dell'emoistioblasto ne farebbero diminuire i derivati ematici e viceversa.

Megacariociti e Leishmanie.

Dott. A. Baserga. — In qualche rarissimo caso l'O. è riuscito a vedere Leishmanie in disfacimento nell'interno dei megacariociti. Tali Leishmanie non erano però libere nel protoplasma megacariocitico, ma apparivano entro residui protoplasmatici assunti dai megacariociti. Si tratterebbe cioè di una fagocitosi indiretta o di 2° ordine, in quanto i megacariociti, elementi con qualche possibilità citofaga sicura sebbene limitata, possono talvolta fagocitare anche elementi o resti di elementi aventi fagocitato in precedenza corpi di Leishman.

Dott. A. Giordano. — *Considerazioni sulla leishmaniosi sperimentale dello spermofilo.*

Le recenti ricerche sulla trasmissione delle Leishmaniosi cutanea e viscerale.

Prof. G. Sorge. — L'O. riassume le recenti ricerche che hanno ravvisato nei pappataci (Phlebotomus papatasii e P. Sergenti per il bottone d'Oriente; P. argentipes, P. chinensis, P. mongolensis per il Kala-azar asiatico; P. perniciosus e P. major per il Kala-azar mediterraneo) i veicoli naturali delle leishmanie; accenna alle varietà di Phlebotomus esistenti nei paesi mediterranei; descrive il ciclo di sviluppo del protozoo nell'oste intermedio, ecc.

Per un più efficace e pratico metodo di cura del kala-azar infantile.

Dott. F. Paradiso e D.ssa A. Fiorentino. — Nell'intento di emanciparsi dalle iniezioni endovenose di tartaro stibiato gli OO. hanno provato in 22 casi di K. A. infantile il p. amminofenilstibiato di dietilammina per via endomuscolare, che ottimi risultati aveva dato al Napier nella cura del K. A. delle Indie, ottenendo la guarigione nel 90,9 % dei casi trattati.

Ritengono che tale metodo sia da preferirsi al metodo classico sia per la scarsa tossicità del preparato, ad onta dell'alto contenuto in Sb, sia perchè la durata della cura risulta notevolmente abbreviata, sia infine perchè mette la cura di questa malattia alla portata del pratico.

Contributo alla terapia della leishmaniosi infantile.

Dott. G. Zangri. — L'O. riferisce i risultati da lui avuti in alcuni tentativi di terapia della Leishmaniosi infantile mediante il neoantimosan (Fuadina).

Per quanto il numero limitato dei casi (sei, ma quattro effettivamente curati) non gli consentano conclusioni definitive, rileva che la Fuadina è un preparato adoperabile per via sottocutanea e che in alcuni casi spiega una azione efficace nella leishmaniosi infantile (tre guarigioni su quattro trattati), ma che data la sua tossicità non crede che ne sia consigliabile l'uso nella cura abituale del Kala-Azar infantile.

L'eliminazione dell'antimonio nei piccoli leishmaniotici curati con preparati stibici.

Dott. G. Piazza. — L'O., avendo notato che nelle cure intensive della leishmaniosi infantile col p-amino-phenyl-stibiato di dietilemmina spesso la scomparsa della febbre e degli altri sintomi morbosi si verifica solo varii giorni dopo l'interruzione del trattamento, è stato indotto a ricercare se per le alte dosi di antimonio iniettate si venga a stabilire nell'organismo un deposito di antimonio si esaurisca più lentamente di quello lasciato dalle iniezioni endovenose di tartaro stibiato.

Viene alla conclusione che con questo metodo di cura si verifica accumulo di antimonio nell'organismo.

L'accumulo maggiore, desumibile dalla lunga durata dell'escrezione di questo farmaco per le urine, si avrebbe nei bambini con gravi lesioni organiche e funzionali degli organi interni.

Il Segretario: G. Di Macco.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 maggio 1933.

Presidenza: Prof. G. F. Fiocco.

Prof. G. Guicciardi. — *In memoria di Paolo Negri.* (Commemorazione).

Siringomielia: problema eziologico e terapeutico.

Prof. G. Jona. — L'O. presenta tre casi di siringomielia e un quarto con reperto di autopsia. Si

intrattiene sui criteri diagnostici, in via differenziale rispetto ad altre forme morbose, nonchè nei riguardi della varia sede, estensione, origine della cavità siringomielica. Parla delle cause, cui il processo può esser legato nei singoli casi; in uno degli attuali crede di poterlo riferire con certezza a un congelamento alle mani, verificatosi nell'ultimo anno di guerra. Dimostra i vantaggi ottenuti in uno dei suoi malati con la Radioterapia; parla di questa e del trattamento chirurgico proposto da Punsepp, eseguito pure in uno dei suoi casi; si sofferma su quei criteri di precisazione della forma che crede indispensabili per ammettere l'indicazione chirurgica nei singoli casi.

Dott. M. MOZZETTI-MONTERUMICI. — *Ricerche sperimentali sulla presenza di ormone follicolare nel liquido di cisti ovariche.*

Prof. L. MÀMOLI. — *Sull'estrazione intracapsulare della cataratta*

Indicazioni e modalità di tecnica nel trattamento chirurgico delle osteo-artriti tubercolari deformi della spalla.

Dott. G. MOCCIA. — L'O. presenta alcuni casi di osteoartriti tubercolari deformi della spalla per mostrare come l'indicazione e le modalità della tecnica nel trattamento di esse siano in relazione oltre che alla varietà anatomopatologica del processo morboso, alla gravità di esso e alla riducibilità o meno della deformità per via incruenta, anche allo stato della funzionalità muscolare. In un caso (varietà granulo-fungosa) in cui la deformità era dovuta a semplice contrattura e non vi erano notevoli lesioni dei capi articolari, si potè ottenere la guarigione e correzione della deformità con la cura conservativa; negli altri casi (carie secca) in cui vi erano estese lesioni ossee si intervenne chirurgicamente tenendo conto della funzionalità muscolare dell'arto; nel caso in cui questa era buona, l'intervento ebbe scopo di ottenere una neoartrosi utile; negli altri casi si mirò ad ottenere una anchilosi in buona posizione; alla resezione venne quindi associata la fissazione mediante innesti tibio-acromio-coraco-clavico-omerali. Il risultati operatorio fu corrispondente allo scopo prefisso.

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

Società di Coltura Medica Novarese.

Seduta del 4 maggio 1933.

Presidente: Prof. P. PIETRA.

Prof. P. A. MEINERI. — *Presentazione di caso.*

Prof. P. PIETRA. — *Presentazione di caso.*

Prof. L. ARMANI. — *Per una maggiore valorizzazione della radioscopia toracica.*

Craniotomia a lembo osteoplastico per estrazione di proiettile nella sostanza cerebrale.

Prof. O. CIPOLLINO. — L'O. mostra radiografie di cranio con proiettile di rivoltella contenuto nella sostanza cerebrale, lato parieto-frontale sinistro, mentre la porta di entrata del proiettile trovasi a destra, lato della tempia. Mostra pure radiografia di cranio dello stesso ammalato dopo l'atto operativo senza proiettile, e coi segni di una larga craniotomia osteo-plastica alla Vagner.

L'ammalato dopo parecchi giorni di netta sintomatologia frontale si rimise e lasciò l'Ospedale perfettamente guarito. Riferirà del caso posteriormente guarito. Riferirà del caso posteriormente circa i reliquati. Da notarsi pure il fatto dell'assenza di papilla da stasi.

Il prof. G. VERCELLI, a proposito dello stesso caso, afferma che la fenomenologia neuropsichica presentata da questo ammalato, nonostante la lunghezza del tragitto e l'ampia devastazione di sostanza cerebrale, compiuta dal proiettile è stata veramente assai modesta. Il ferito ha infatti presentato solo nei primi giorni un lieve grado di obnubilamento psichico con rari episodi di discreta agitazione psico-motoria, un'unica crisi di automatismo comiziale, lievi disturbi disartrici presto dileguatisi. All'esame neurologico l'O. ha rilevato a carico della metà destra, segni molto delicati della serie frontale e prefrontale di attuale interesse per la semeiologia di tale regione.

Lott. A. VANELLI. — *Su di un caso di amenza recidivante.*

Dott. L. CABITTO. — *L'anima, motore primo della vita. Ricerche sulle proprietà radianti della cellula nervosa. Nota preventiva.*

Irradiazione del plesso celiaco e secrezione gastrica.

Proff. G. F. CAPUANI e M. LUPO. — Gli OO., in base a considerazioni di fisiologia della digestione gastrica e di tecnica röentgenologica, premessa l'esposizione delle precedenti ricerche, riferiscono i risultati ottenuti in 15 pazienti irradiando il plesso celiaco con dosi tenui. Hanno ottenuto aumento lieve dell'acidità totale ma cospicuo della secrezione gastrica e di tale durata che la ricerca, impostata con finalità puramente dottrinali, ha portato un risultato di grande importanza pratica per la cura delle sindromi ipopeptiche.

Il Segretario: Dott. LUIGI FERRERO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Osteoartrite deformante e osteoartrite deformante giovanile.

F. Sang (*Journ. of Bone and Joint Surgery*, luglio 1932) pensa che non esistano differenze fondamentali fra l'artrite deformante degli adulti e quella giovanile. Ambedue i tipi di malattia si originano da una alterazione della cartilagine articolare con conseguente perdita di elasticità. Questa perdita di elasticità impedisce la funzione di protezione che la cartilagine normale riveste difendendo le parti ossee subcaudali dalle influenze funzionali e meccaniche.

Le lesioni della cartilagine articolare, provocate da sforzi eccessivi, sono di grande importanza come causa primitiva dell'artrite deformante degli adulti. Nell'artrite deformante giovanile sono anche in causa lesioni traumatiche, dirette ed indirette, a carico delle cartilagini. Il fattore decisivo per la progressione di ambedue gli stati morbosi è l'azione delle richieste funzionali che, agendo come una costante sorgente di irritazione, forma la base al carattere progressivo della malattia.

G. La Cava.

Disturbi endocrini e artrite cronica.

Secondo F. C. Hall (*Journ. Am. Med. Ass.*, 17 settembre 1932), la deficienza tiroidea deve essere considerata come uno dei fattori etiologici che contribuiscono all'insorgere delle artriti reumatiche.

Fra 150 pazienti affetti da artrite ipertrofica, i segni di deficienza tiroidea erano presenti in una larga percentuale di casi. Le cifre del metabolismo basale erano nel 50 % dei casi inferiori a —10 e nel 34% inferiori a —15. I pazienti erano generalmente in buono stato di nutrizione e l'ipometabolismo che essi presentavano non poteva avere altra origine che una insufficienza ghiandolare.

La cura con ghiandola tiroide produsse benefico effetto al 49 % di 116 pazienti a cui essa fu somministrata.

Invece in 150 pazienti affetti da artrite atrofica, le stigmate dell'ipotiroidismo si riscontrarono meno frequentemente, e, quando presenti, esse potevano essere causate anche da uno stato di denutrizione. Le cifre del metabolismo basale erano inferiori a —10 nel 35,6 % e inferiori a —15 nel 17,7 %

Il trattamento con ghiandola tiroide indusse miglioramento duraturo solo nel 16,5 % dei pazienti: questa azione era probabilmente dovuta anche al miglioramento dello stato di nutrizione.

G. La Cava.

Apparato digerente e artrite cronica.

Il ruolo della infezione focale e la sua rimozione non è tanto importante quanto la scoperta e la correzione di alterazioni del metabolismo. Così almeno pensa T. P. White (*The Journ. Am. Med. Ass.*, 17 settembre 1932).

Questo A. ha studiato 99 casi di artrite atrofica e 112 casi di artrite ipertrofica.

Soltanto tre su trenta pazienti di artrite atrofica e uno su 34 affetti da artrite ipertrofica trovarono beneficio, e solo temporaneo, dalla estrazione di denti cariati. Inoltre di 50 pazienti affetti da artrite atrofica soltanto il 17 %, e di 60 affetti da artrite ipertrofica soltanto il 13 % ebbero beneficio dalla tonsillectomia.

Secondo i calcoli dell'A., la rimozione di focolai settici può far migliorare il 10-15 % degli artritici e farne peggiorare il 15 %.

Importanti sono invece, secondo l'A. americano, gli errori nel metabolismo. Dei pazienti da lui studiati l'85 % ingerivano una quantità eccessiva di amidi, l'80 % erano abitualmente costipati e il 40-50 % erano obesi.

Il trattamento praticato comprendeva una dieta bassa in calorie ed in carboidrati, dei lassativi, il riposo e la terapia fisica. Una parte minore era riservata ai vaccini ed alla rimozione dei focolai settici. Miglioramenti e guarigioni si ebbero nel 75 % dei casi.

G. La Cava.

Artrite cronica e colecistite: risultati della colecistectomia.

E. Starr Judd e P. S. Heuch (*Journ. A.M.A.*, 17 sett. 1932) pensano che, per quanto la colecisti non assuma molto frequentemente il ruolo di focolaio settico, pure essa è infetta nel 3-5% dei casi di artrite cronica atrofica (infettiva). In alcuni casi artrite e colecistite sono soltanto in relazione indiretta in quanto provengono da un focolaio primario comune situato in qualche altra parte del corpo. In altri casi invece le infezioni della cistifellea possono essere il focolaio settico da cui si originano le artriti: sono allora in campo dei microrganismi, generalmente streptococchi, talvolta però anche stafilococchi o bacilli, i quali sono capaci, anche sperimentalmente, di produrre lesioni nelle articolazioni e nella cistifellea di animali. Gli AA. hanno compiuto ricerche batteriologiche e sperimentali in 55 casi di artrite cronica infettiva, i quali erano stati operati di colecistectomia per contemporanea malattia della cistifellea. In alcuni casi i tessuti delle colecisti contenevano dei microrganismi che mostravano uno spiccato artrotropismo.

In 5 casi i sintomi relativi alle articolazioni scomparvero completamente dopo la colecistectomia, in 11 casi si ebbe un marcato miglioramento, ed in 8 casi un miglioramento più lieve, per quanto ben definito: in complesso, dunque, il 52 % dei casi ebbe beneficio dalla cura. Gli altri 21 pazienti non notarono alcun miglioramento dei fenomeni articolari dopo l'operazione. Gli AA. concludono col dire che, nei casi in cui sono presenti le nette indicazioni per un intervento chirurgico sulla cistifellea è bene affrettare l'intervento nella speranza che l'artrite ne possa essere beneficamente influenzata.

Ulteriori ricerche dimostreranno se sia necessaria o meno (molto meno, N. d. R.) la rimozione della cistifellea in casi di artrite, anche quando non vi siano le indicazioni dirette e definite per l'intervento. G. LA CAVA.

Trattamento dell'osteoartrite tubercolare per escissione delle lesioni ed innesti osteoperiostei intraarticolari immediati.

R. Leriche e P. Stricker pubblicano nel *Lyon Chir.*, n. 4, 1932, i risultati ottenuti con tale metodo in sette casi di osteoartrite t.b.c. e propriamente in 2 della spalla, 2 dell'anca, 1 del polso, 1 tibio tarsica, 1 del tarso anteriore.

In tutti questi casi, eseguita la resezione tipica o atipica, il cavo osseo residuo venne colmato da innesti osteoperiostei in genere prelevati dalla tibia.

I risultati riportati furono veramente soddisfacenti, per cui il metodo sembra doversi preferire alle artrodesi extraarticolari che hanno lo svantaggio di non escidere il tessuto osseo ammalato. R. GRASSO.

Nel reumatismo cronico.

J. Carles (*Journ. de méd. de Paris*, 2 marzo 1933) consiglia quanto segue.

Medicazione eziologica. — Trattamento specifico del R. sifilitico; vaccini e preparati di zolfo nel blenorragico, tiroidina, ovarina o paratiroidina nel R. endocrino.

Nel R. di origine tossica legato alla gotta, regime alimentare senza purine, verdure fresche, cura di frutta ed acque minerali; dissolventi urici (piperazina, atochinol, benzoato di litina e simili). Nella forma legata ad uno stato gastro-intestinale od epatico, sono utili i piccoli lassativi e gli eccitanti epatici. (Solfato di sodio, Citrato di sodio, Lattosio, ana g. 50. Un cucchiaino da caffè al mattino a digiuno in un bicchiere di acqua minerale, tipo S. Pellegrino). Utili anche i fermenti lattici ed i diversi disensibilizzanti (iposolfito di sodio o di magnesio 1-2 al giorno).

Nelle forme da carenza, sali di calcio associati all'adrenalina (XV-L gocce al giorno) e lo zolfo colloidale. Si prescrive anche:

Acido fosforico g. 5.
Fosfato acido di sodio g. 15.
Tint. di corteccia d'arancio cmc. 10.
Acqua q. b. per cmc. 300.

Un cucchiaio da tavola in un infuso caldo, alla fine dei pasti.

Medicazioni generali. — 1) Jodio; tintura da 10 a 300 (*sic*) gocce al giorno (in latte zuccherato) in cinque volte; continuare per dei mesi con brevi periodi di riposo. 2) Zolfo per bocca o per iniezioni; è utile quando si tratta di migliorare uno stato articolare di qualsiasi origine. 3) Arsenico: utile specialmente nei R. cronici sifilitici o tubercolari, ma conviene a tutti i reumatizzanti anemizzati o depressi. Si dà il Liquore di Fowler (X-XXX gocce al giorno), l'arseniato di sodio (2-10 mg. al giorno) per periodi di 10 giorni; il cacodilato di sodio e simili.

Buoni risultati si ottengono talvolta con le medicazioni radioattive (mesotorio, torio X) e con l'insulina a piccole dosi (10-20 unità al giorno).

Per calmare i dolori, salicilato di sodio, aspirina e simili, sorvegliandone l'azione sui reni.

Localmente, applicazioni con salicilato di metile, ulmarene, laudano, balsamo tranquillo. Per es.: Olio di belladonna; Olio di giusquiamo; Laudano, ana g. 20. Oppure: Salicilato di metile g. 10; Guaiacolo g. 5; Mentol g. 1; Olio canforato g. 20. *fil.*

Il rodanato di potassio nel reumatismo cronico.

M. Loutchich (*Concours méd.* e *Presse Méd.*, 11 genn. 1933) ha usato questo medicamento in un uomo di 65 anni, con reumatismo cronico deformante, con dolori ai lombi ed alla mano ed avambraccio di destra. Erano rimaste inefficaci le più varie terapie, mentre l'uso del rodanato di potassio portò un grande miglioramento. Dose quotidiana di XL-LX gocce di una soluzione titolata ad un centigrammo per goccia. Rapidamente, i dolori si sono attenuati; alla fine del V flacone, l'aspetto fusiforme delle dita ed i disturbi cutanei erano scomparsi; le unghie ricrescevano con aspetto normale, le atrofie e le anchilosi articolari, però, subirono soltanto lievi miglioramenti. *fil.*

DIAGNOSTICA.

Errori nella diagnosi di malattie associate ad itterizia,

Questo lavoro di G. B. Ensterman (*Annals of Int.-Medic.*, novembre 1932) è basato su 533 osservazioni controllate all'intervento chirurgico o all'autopsia e dalle quali sono stati esclusi i casi di ittero dei neonati, di malformazioni congenite delle vie biliari, gli itteri da veleni, da malattie infettive, da lues, da cirrosi epatica, da ittero epidemico, da cisti pancreatiche, da cancro.

La diagnosi di causa dell'ittero è in qual-

che caso molto facile, ma spesso riesce difficilissima.

La causa più frequente di ittero è la calcolosi (in 147 su 533 casi) e nell'85 % dei casi la diagnosi fu fatta esattamente fin dall'inizio e, dopo tergiversazioni, nel 9 %. Le difficoltà di diagnosi si hanno per l'assenza del dolore (6 % dei casi) o anche dell'ittero (13 %). Il 70 % dei malati presentava bilirubina nel siero di sangue in quantità minore di 10 mg. %.

Su 85 malati di colecistite calcolosa con ittero la media del contenuto di bilirubina del siero era di 7 mg. %. Nel 67% dei casi la diagnosi era esatta. Nel 77 % dei casi si trovarono all'intervento alterazioni del fegato, del pancreas e dei dotti biliari extraepatici.

È difficile fare la diagnosi di cancro del pancreas in assenza di ittero. Su 132 casi pubblicati nel 1922, la metà non aveva ittero sul principio. La diagnosi esatta fu fatta prima dell'intervento nell'84 % dei casi (su 69 casi) e diagnosi dubbia fu fatta nell'8%.

L'ittero da ostruzione completa può essere dato da calcolo, da stenosi, da compressione dall'esterno o da invasione del coledoco da parte di un cancro della testa del pancreas, da cancro primitivo dei dotti biliari, da estensione di un cancro della cistifellea, dello stomaco o del duodeno. Nel 12% dei casi al cancro del pancreas si associa calcolosi epatica.

L'assenza di fermenti pancreatici nel siero duodenale è certo elemento diagnostico importante a favore del cancro pancreatico, come pure l'ittero persistente. Però l'ittero in due casi scomparve per ulcerazione delle vie biliari ostruite.

Il restringimento delle vie biliari extraepatiche fu diagnosticato esattamente nel 63% dei casi (su 67 casi) e l'errore più frequente (28 %) fu quello di diagnosticare un'occlusione da calcolo.

La diagnosi di ittero emolitico congenito o acquisito fu fatta in tutti i casi.

Su 35 casi di ittero di origine intraepatica si fece la diagnosi giusta nel 54 % dei casi e dubbia nel 14 %.

Le malattie con cui si fece confusione più spesso sono state la calcolosi del dotto biliare comune (26 % dei casi) e il cancro del pancreas (17 %).

Su 25 casi di neoplasma primitivo dei dotti biliari extraepatici non si fece mai diagnosi certa; solo nel 20 % la diagnosi fu dubbia, mentre nel 52 % dei casi si fece diagnosi errata di cancro del pancreas, nel 44 % di ostruzione da calcolo e nel 4 % di restringimento del dotto biliare comune.

Il cancro primitivo della cistifellea fu esattamente diagnosticato 1 volta sola su 17 casi. L'errore più frequente (59 %) fu quello di diagnosticare la colelitiasi; nel 35 % fu diagnosticato un cancro del pancreas.

Su 15 casi di pancreatite acuta o cronica, la diagnosi non fu fatta mai esattamente nelle forme croniche, (nell'80 % dei casi si diagnosticò calcolosi, nel 13 % cancro del pancreas).

Su 7 casi di colecistite senza calcoli non si fece mai la diagnosi giusta. R. LUSENA.

Sulla diagnosi della litiasi renale.

Cirillo (*La Clinica Chirurgica*, gennaio 1933), dopo aver passato in rassegna tutti i vari aspetti del problema diagnostico della litiasi renale, descrive un nuovo strumento ch'egli chiama *localizzatore metallico* che ha lo scopo di calcolare con precisione la profondità del calcolo.

Lo strumento è composto di un bastoncino di alluminio del diametro di circa 6 mm., lungo cm. 13 1/2. Il bastoncino porta, di centimetro in centimetro, dei solchi in cui è stato colato del piombo, perchè si abbia un maggior contrasto radiografico.

Lo strumento viene adoperato in quei casi in cui all'atto operativo non si riesce a raggiungere il calcolo dopo qualche minuto di ricerca operatoria. Si introduce allora attraverso una incisione pielotomica o nefrotomica già praticata, questo strumento. Si zaffa, si ricopre la ferita di abbondante medicatura e si porta il malato nel gabinetto radiografico dove viene eseguita una radiografia in due pose ortogonali. Si riporta quindi il paziente in sala operatoria e sulla scorta delle radiografie è possibile allora rilevare il rapporto fra il calcolo e lo strumento introdotto.

L'A. riporta un contributo di tre casi in cui il localizzatore metallico ha dato ottimi risultati facendo rintracciare dei calcoli che altrimenti non si riusciva a trovare.

A. CALCAGNI.

IGIENE.

Rilievi e ricerche intorno all'aggiunta dei nitriti alle carni insaccate.

Secondo E. Bertarelli e E. Caserio (*Annali d'Igiene*, aprile 1933), da tempo numerosi preparatori di carne insaccata conservata aggiungono alla carne stessa, oltre al cloruro sodico e al nitrato potassico, piccole quantità di nitrito sodico. Esistono anzi in commercio delle miscele apposite. Coloro i quali impiegano il nitrito nelle carni insaccate affermano che la tenue aggiunta di questo sale permette di ottenere carni più rosse e più lucide e nello stesso tempo rende possibile una più rapida maturazione dei salami.

Allo scopo di chiarire la questione gli AA. hanno eseguito alcune ricerche ponendosi nelle esatte condizioni dei preparatori di carne insaccata. Dal risultato di queste ricerche essi concludono che l'aggiunta di piccole quantità di nitrito sodico ai salami, è realmente utile agli scopi tecnici e migliora i caratteri organolettici delle carni insaccate. In capo ad un certo periodo di maturazione i nitriti scom-

paiono. Dal punto di vista pratico essi concludono che il divieto per i nitriti (sempre però in piccole quantità ben definite) è tecnicamente dannoso e praticamente non privo di inconvenienti per la ricerca e la valutazione bromatologica delle carni insaccate dato che anche nei comuni salami si ha, almeno per un certo periodo di tempo, una breve riduzione dei nitrati in nitriti. G. LA CAVA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione degli estratti placentari sulla calcemia.

Durante la gravidanza tutte le attitudini fisiologiche dell'organismo materno sono mutate; era logico quindi pensare che anche il ricambio del calcio dovesse essere turbato per la particolare labilità del sistema nervoso vegetativo, e per la variata attività delle ghiandole endocrine. Traina Rao, compì le ricerche, di cui qui riassumiamo i risultati, allo scopo appunto di studiare quale posto spetti alla placenta tra le ghiandole endocrine, che presiedono al ricambio del calcio, e di vedere quanta parte possano prendere i rapporti calcio-placenta nello stabilirsi di forme tossiche ed in particolare dell'eclampsia, ritenuta da molti AA. legata ad uno stato ipocalcemico.

Tali ricerche, descritte dall'A. nella *Riv. Ital. di Ginecologia* (ottobre 1932), vennero eseguite su conigli maschi, cui l'A. iniettava per via endovenosa ed endomuscolare estratti commerciali di placenta ed estratti, da lui stesso preparati di placenta proveniente da donne che avevano superato una gravidanza fisiologica, di donne eclamptiche, ed, infine, estratti di mola vescicolare.

L'A. studiò così come variasse la calcemia, considerando come animali controllo, conigli analogamente trattati con estratti di organi privi di azione sull'equilibrio del calcio.

Dall'esame comparativo dei risultati, appare chiaro che gli estratti placentari producono costantemente una durevole ipocalcemia, la quale sarebbe da imputarsi, secondo l'opinione dell'A. alle modificazioni che gli estratti iniettati determinano nella funzione delle altre ghiandole che regolano l'equilibrio calcico.

Gli estratti di mola vescicolare produrrebbero un notevolissimo abbassamento del tasso calcemico, e l'A. ne deduce che si debba pensare ad un esaltata attività del villo, anche in questo senso. Gli estratti di placenta di eclamptica, non producono invece un abbassamento della calcemia, più notevole di quello prodotto dalla placenta sana.

Questi i risultati sperimentali. L'A. ne deduce che l'ipocalcemia riscontrata da parecchi AA. nell'eclampsia, non sarebbe da imputare ad una esaltata azione della placenta, cosicchè anche per questa, come per altre ghiandole endocrine, non si sarebbe potuto mettere in evidenza con le riferite ricerche un netto rapporto, diretto o indiretto, tra la sua funzione e l'insorgere dell'eclampsia.

M. COPPO.

Il contenuto di calcio e fosforo inorganico del liquido cerebrospinale e del siero di sangue nella glomerulonefrite cronica con uremia.

Greenwald nel 1915 ha osservato un aumento di fosforo inorganico del siero di sangue in malati di nefrite. Mariott e Howland nel 1916 notarono ipocalcemia nell'insufficienza renale e la attribuirono all'aumento del fosforo, da cui dipenderebbe anche l'acidosi.

A. Caubarow (*Arch. of. inter. Medic.*, giugno 1932) in 14 casi di glomerulonefrite cronica con uremia ha determinato la creatinina del sangue, la proteina totale del siero, la sieroalbumina e la sieroglobuina, il calcio del siero, il fosforo del siero, il potere di combinazione del diossido di carbonio del plasma e il calcio e il fosforo del liquido cerebrospinale.

Da queste determinazioni risulta che l'ipocalcemia della nefrite grave dipende dalla iperfosfatemia o dalla ipoproteinemia o da tutt'e due.

L'iperfosfatemia è parallela alla ritenzione di creatinina e all'acidosi. Il fosforo del liquido cerebrospinale è in rapporto normale con quello del siero di sangue.

Non c'è un apparente rapporto reciproco fra calcio e fosforo del liquor e del siero come c'è nella disfunzione paratiroidea. Però nel liquor, come nel siero di sangue, il calcio diminuisce se il fosforo aumenta.

Da queste osservazioni l'A. è indotto a pensare che esista un rapporto fra la concentrazione del calcio nel liquido cerebrospinale e le manifestazioni di iperirritabilità muscolare dell'uremia. R. LUSENA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. N. 9236.

Reazione di Casoni. — Si usa il liquido estratto asetticamente da cisti di echinococco di bue o di pecora; lo si filtra 3-4 volte attraverso filtro spesso di carta e vi si aggiunge acido fenico in proporzione di una goccia per 20 cmc. o del 0,25 %. Si conserva in ghiacciaia per una ventina di giorni.

Prove biologiche per la diagnosi di gravidanza. — Le prove alla florizina (ricerca dello zucchero nell'urina dopo la somministrazione di florizina) ed alla ninidrina hanno ceduto il posto alle nuove prove biologiche basate sulla presenza di notevoli quantità di ormoni sessuali nell'urina della femmina gravida. Essi vengono messi in evidenza mediante le modificazioni che subiscono gli organi sessuali di animali impuberi.

Il metodo originale di Aschheim e Zondek consiste nel raccogliere asetticamente l'urina del mattino, iniettandola in quantità di cmc.

0,2-0,4 tre volte al giorno e per 3 giorni consecutivi sotto la cute di giovani topoline impuberi; dopo 48 ore dall'ultima iniezione, si sacrificano gli animali e si esaminano le ovaie che, se la reazione è positiva, presentano dei follicoli emorragici e dei corpi gialli. Le eventuali modificazioni utero-vaginali possono aversi anche per ormoni non specifici della gravidanza (amenorrea patologica).

Il metodo ha avuto delle modificazioni: 1) di Hinglais e Simonneti. Iniezione a topolini maschi impuberi (marcato sviluppo dei tratto genitale specialmente delle vescicole seminali che possono aumentare fino al quintuplo di peso); 2) di Brouha. Iniezione alla coniglia vergine (eventuale controllo preventivo). La reazione positiva si manifesta con ovulazione e comparsa di follicoli emorragici alla superficie dell'ovaia, visibili ad occhio nudo come macchie rosee.

Le prove sui topolini, specialmente sulla femmina, danno reazioni non sempre facili a scorgersi e che esigono talora l'esame istologico. Uno degli inconvenienti consiste nel fatto che le urine sono talvolta tossiche e determinano la morte dell'animale. Per evitarlo, recentemente M. Wittig ha consigliato di agitare l'urina con tre volte il suo volume di etere (puro per narcosi), separarlo, lasciandone evaporare le tracce rimaste ed aggiungere all'urina il 0,9% di glucosio puro.

Questi metodi sono sempre positivi nella gravidanza anche extrauterina e già alla fine della prima settimana consecutiva alla fecondazione. Possono però essere positivi anche in qualche altra condizione (corionepitelioma, accessi maniaci della psicosi maniaco-depressiva). Qualche autore, poi ha riscontrato la presenza degli ormoni anche nel 75% di donne dai 59 agli 85 anni, senza lesioni genitali.

fil.

Al dott. N. Donnet, Marsiglia:

Esiste in Italia uno Schedario di bibliografia medica presso l'editore L. Cappelli di Bologna. Per informazioni bibliografiche complete sulla letteratura medica italiana degli ultimi anni (1928-1933) conviene ricorrere alla « Bibliografia Scientifica Italiana, Sezione B, Medicina », pubblicata a cura del « Consiglio Nazionale delle Ricerche » (presso il Ministero dell'Educazione Nazionale, Roma). G. T.

VARIA.

Sport e funzioni genitali femminili.

Nell'entusiasmo moderno per lo sport e la coltura fisica della donna, le poche voci divergenti vengono soffocate. Da tempo, però, alcuni medici hanno messo in guardia contro la tendenza alla eccessiva mascolinizzazione che succede all'allenamento intensivo e sistematico nel periodo della crescenza. Mathes ha descritto la futura morfologia femminile della sportiva: le spalle larghe e quadrate, le anche strette, il tronco relativamente corto con arti lunghi.

H. Küstner (*Munch. med. Wochens.*, 27 gennaio 1933) si è preoccupato di una questione capitale che è quella dei disturbi mestruali e delle funzioni genitali nella sportiva. Ha rilevato che un allenamento sportivo prolungato determina un'irregolarità ed una diminuzione dei mestrui e talvolta addirittura l'amenorrea. Può essere talora messa in evidenza una vera ipoplasia uterina ed è possibile che tali fenomeni siano premonitori di una diminuzione sessuale definitiva con influenza sulla fecondazione.

Le cause di tali lesioni sarebbero di origine ormonale, in quanto che le secrezioni endocrine possono essere alterate in seguito a modificazioni generali degli scambi durante gli esercizi fisici smodati. Inoltre è possibile che esse subiscano l'influenza delle irradiazioni ultraviolette eccessive a cui si espongono volontariamente le sportive.

Sulla mestruazione nelle sportive si è avuta una comunicazione al I Congresso di medicina sportiva tenutosi lo scorso anno a Roma. Ad ogni modo, è opportuno che tali fatti vengano tenuti presenti tanto più oggi che in tutti i modi si tende a favorire la maternità. In tutti i campi, le esagerazioni sono dannose e la mania sportiva che oggi ha invaso l'intero globo avrà lontane ripercussioni sull'orientamento intellettuale e morale delle future generazioni.

fil.

Il caffè e lo sport.

Per il medico sportivo, gioverà conoscere in quale misura può essere usato il caffè per dare maggior forza e quali sono i suoi elementi attivi. Grober (*Schweizerische med. Wochens.*, 28 genn. 1933) ha eseguito delle prove su 4 individui, l'uno di 57 anni, gli altri dai 22 ai 29, facendo loro compiere 20-30 flessioni delle ginocchia, al ritmo di una per ogni 1,8-2,5 secondi. Il lavoro così eseguito può calcolarsi da 630 a 822 chilogrammetri per ogni flessione. Sono stati studiati gli effetti di 20-40 grammi di caffè (l'uno normale, l'altro privo di caffeotossina) sulla pressione sanguigna e sul polso.

Gli effetti, nulli con una dose di 20 g., incominciano a farsi sentire con 30 g. Aumentano più rapidamente, con il suo uso, la pressione e la frequenza del polso; questa, poi, ritorna più presto alla normale. In complesso, il circolo sarebbe sottoposto ad un lavoro più energico, di cui l'influenza sull'usura non va trascurata. Non vi è differenza fra il caffè normale e quello privo di caffeotossina.

In linea generale, il caffè non va consigliato come eccitante negli sforzi sportivi; però, possono essere utili gli effetti duraturi di bevande contenenti caffeina negli stati di grave esaurimento accompagnati da debolezza cardiaca, quali si osservano talora negli esercizi sportivi.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

40° *Dottor G. D. S.* — Il certificato dei voti di laurea e degli esami delle singole materie non può essere considerato documento indispensabile agli effetti dell'ammissione al concorso. Se richiesto nell'avviso, è da ritenere che serva alla documentazione della capacità; ma la mancata produzione non è motivo di esclusione.

In ogni ipotesi, non è però legittima la produzione tardiva. Se il certificato fu presentato dopo la scadenza del termine e la Commissione lo valutò, per qualsiasi effetto, c'è un vizio, che è causa di illegittimità.

È ammesso che, se non sia esibito un documento espressamente richiesto per accertare condizioni di fatto e requisiti personali o il documento prodotto sia imperfetto, si possa supplire con equipollenti. A me non sembra che la Commissione abbia agito illegittimamente ammettendo al concorso chi presentò il certificato di *ottima condotta politica* senza la specifica dichiarazione di « non appartenenza a partiti sovversivi ». Pur essendo questa dichiarazione prescritta nell'avviso del concorso, l'apprezzamento della Commissione non è errato. Infatti, l'attestazione della condotta politica *ottima* implicitamente contiene la dichiarazione di non appartenenza a partiti sovversivi, e la condizione di sanitario condotto in pianta stabile è altro elemento per desumere, in concorso con l'accertamento della condotta politica ottima, quella prova che l'avviso del concorso richiedeva agli effetti dell'ammissione.

41° *Dottor V. A.* — Le nomine degli ufficiali sanitari sono regolate dal R. D., 29 novembre 1925, n. 2266. L'art. 8 stabilisce, per l'ammissione, il limite di anni 45 di età e alcune eccezioni che non occorre riportare qui.

Il diploma di perfezionamento in igiene è certamente importante, ma non si può considerare *senz'altro* prevalente al servizio provvisorio di ufficiale sanitario. Per altro, non sono esclusivi e, al fine del conferimento dell'incarico o della nomina, sono valutabili anche altri requisiti.

42° *Dottor B. M.* — Prima di provvedere alla dispensa dal servizio, il Podestà deve deliberare la unificazione delle due condotte, cioè la soppressione di una di esse. Questa deliberazione deve essere approvata dalla G. P. A. Modificato così l'ordinamento, il Podestà non può licenziare i due titolari delle condotte, non essendo giustificabile tale provvedimento, manifestamente eccessivo e, anzi, senza causa; ma deve deliberare la dispensa dell'uno o dell'altro tenendo conto, nella scelta del medico condotto sacrificando, delle esigenze del servizio e poi della condizione personale di essi: anzianità, circostanze di famiglia, ecc.

Contro la deliberazione dell'autorità tutoria, che approva la soppressione di una delle due condotte, può essere prodotto ricorso in sede gerarchica al Ministero dell'Interno nel termine di giorni 15, anche per motivi inerenti alla *opportunità* della riforma.

Contro la deliberazione di dispensa dal servizio, il medico condotto interessato ha diritto di ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni 30 dalla notificazione della deliberazione stessa.

43° *Dottor A. M.* — Il diritto patrimoniale di esercizio della farmacia, attribuito dall'art. 30 della legge 22 maggio 1913, n. 648, e specialmente il diritto di esercizio delle così dette farmacie privilegiate, è *dichiarato* dal Prefetto: l'atto amministrativo è, quindi, dichiarativo e non costitutivo di una situazione giuridica.

Se il diritto fosse disconosciuto o comunque contestato, l'interessato potrebbe farlo valere innanzi all'autorità giudiziaria.

La dichiarazione del Prefetto è per sua natura revocabile. È, quindi, da ritenere che, specialmente in base ad elementi nuovi, il Prefetto possa, e anzi debba riesaminare la dichiarazione fatta e riconoscere eventualmente quel diritto patrimoniale che fu prima o disconosciuto o diversamente considerato. Questo potere di revisione e di modificazione deve essere esercitato anche se il precedente provvedimento sia stato confermato in sede gerarchica.

44° *Dottor G. G.* — Ritengo che sia stata ridotta del 12 % la indennità per mezzi di trasporto. È vero che questa è attribuita per causa di rimborso di spese, a calcolo presuntivo; ma la riduzione presuppone una modificazione dei costi e tende ad adeguare la remunerazione e i compensi in genere alle mutate condizioni del mercato.

Le indennità e gli stipendi stabiliti successivamente al decreto che impose la riduzione del 12 %, non sono riducibili perchè si presuppone che corrispondano alla situazione modificata. Se fosse stata applicata erroneamente la riduzione, Lei avrebbe diritto di ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni 30 dalla comunicazione del relativo provvedimento.

45° *Dottor V. M.* — Il Comune non è tenuto a provvedere alla assicurazione sulla vita e contro gli infortuni, se questo obbligo non sia stabilito dal capitolato o dall'atto di nomina.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico » via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

L'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra.

Nella sede della Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi si è riunito il giorno 17 giugno il Comitato per l'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra, presieduto da S. E. il generale medico Francesco Della Valle.

Erano presenti il senatore L. Simonetta, l'on. prof. E. Morelli, il generale medico capo di sanità marittima Falso, il colonnello medico prof. Santamaria per la sanità militare, il colonnello medico prof. A. Di Nola per la sanità dell'aeronautica, il dott. comm. Cesari dell'opera nazionale orfani di guerra, ed il segretario generale prof. F. Bocchetti.

Il generale Della Valle rivolge nobilissime parole di saluto ai convenuti ed in special modo all'on. Morelli ed al sen. Simonetta; illustra l'opera iniziata dall'epoca della celebrazione dei medici morti in guerra a Firenze, ed ancora una volta ritiene che questa assistenza si compia ininterrottamente fino al 1942, seguendo la via finora battuta, con dignità e senza clamore e con quello stesso spirito, immune da qualsiasi vanità, che meglio si addice al profondo significato educativo ed umano al quale è ispirata tutta l'opera.

Il senatore Simonetta, l'on. Morelli e tutti i componenti il comitato approvano pienamente le direttive date dal gen. Della Valle e sostengono ugualmente l'opportunità di evitare qualsiasi forma reclamistica, anche se munifica, che possa accompagnasi a quest'opera filantropica, che ha finora assistito sessantacinque orfani e che onora l'intera classe medica che ha provveduto al finanziamento.

Il Presidente illustra l'offerta, a beneficio degli orfani, del libro: « Tra i misteri della scienza e le luci della fede » di cui è autore il dott. Festa.

Il Presidente propone un voto di plauso all'on. Morelli che ha iniziato la nobile fatica per la costruzione della Casa di Riposo del Medico, iniziativa che rientra nella stessa concezione altruistica dell'assistenza degli orfani, ed al sen. Simonetta che presiede in una maniera incomparabile l'Istituto degli Orfani dei Sanitari in Perugia.

I presenti si associano applaudendo.

Infine il Segretario generale espone dettagliatamente l'assistenza fatta nel 1932, illustra le nuove domande giunte, e propone un secondo lancio di cartoline che illustrano l'opera del medico in pace ed in guerra per poter trarre mezzi di finanziamento all'opera di assistenza.

La relazione morale e finanziaria fatta dal prof. Bocchetti è approvata all'unanimità.

Si decide la concessione di borse di studio per il 1933 ai seguenti organi assistiti negli anni precedenti: Arcangeli Alfredo, 4° istituto tecnico, lire 1000; Baiocchi M. Luisa, 2° liceo, L. 1000; Barbaro Luigi, 2° medicina, L. 2500; Baruffi Pietro, lingue estere, L. 2000; Basile Raffaella, 4° istituto, L. 2000; Basso Giovanna, 4° ginnasio, L. 1000; Bianchi A. Maria, 1° istituto, L. 1000; Cavatorti Pier Luigi, 2° medicina, L. 2000; Chiaravallotti Anna, 2° liceo, L. 1000; Chiaravallotti Luca, 5° ginnasio, L. 1000; Cilento Teresa, già diplomata, L. 1000 (sussidio); Conte Marta, 2ª professionale, L. 1000; Damiano Giuseppe, 6° medicina, L. 2000; De Donnis G. Battista, 5° medicina, L. 2000; Della Pergola Nora, 1° mag. superiore, L. 1000; De Sanctis Domenico, 5° medicina, L. 2000; Fusco Lorenzo 1° medicina, L. 1500; Fornaseri Enrico, 1° lettere, L. 1500; Izzo Macrina, 1° liceo, L. 2000; Lo Medico M. Grazia, 3° liceo, L. 1000; Lo Medico Maddalena, 3° liceo, L. 1000; Loria Filomena, 2° liceo, L. 1500; Loria Giuseppe, 5° ginnasio, L. 1000; Lorenzini Alberto, 3° Medicina, L. 1500; Mazzocchi Giulia, 1° scienze E. C., L. 1500; Menabuoni Nicola, 4° ginnasio, L. 1000; Mereu Francesco, già uffciale, L. 1000 (sussidio); Pacileo Nicola, lingue estere, L. 1500; Paoletti M. Luisa, L. 1000; Paoletti Enzo 1° istituto, L. 1000; Pasquale Ferdinando, 2° liceo, L. 1000; Roberti Michele, 2° ginnasio, L. 1000; Scolari Gualberto, 1° liceo, L. 1500; Sensi Alessandro, 3° acc. navale, L. 1000; Siccardi Giuliana, 3° lettere, L. 1500; Sterzi Guido, 1° medicina, Lire 1500; Teppati Renato, 2° medicina, L. 1500; Teppati Giuliana 1° mag. superiore, L. 1000; Vinaccia Antonio, 2° liceo, L. 1000; Volpe Antonietta, 3° sc. mètodo, L. 1500; Zanoletti Maria, 4° mag. superiore, L. 1000; Zarri Lucia, 1° mag. superiore, L. 1000; Zeppa Maria Pia, 4° mag. superiore, lire 1500. Inoltre è concessa la borsa di studio agli orfani che hanno fatto per la prima volta la domanda: Di Murro Manlio, 3° medicina, L. 1500; De Sanctis R. Giovanna, 1° scienze nat., L. 1000; Ruotolo Vittoria, L. 1500; Peretti Bernardina, 2° farmacia, L. 1500; Pasquale Ester, L. 1000.

La seduta si chiude con un vivo plauso al presidente ten. gen. medico Francesco Della Valle.

Norme per l'ammissione agli impieghi presso gli Enti locali e parastatali.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato il Regio Decreto Legge 1° giugno 1933, il quale stabilisce che in aggiunta ai requisiti prescritti dagli ordinamenti in vigore per l'ammissione ad impieghi presso gli Enti di cui appresso, è richiesta l'iscrizione al Partito Fascista.

Gli Enti che debbono uniformarsi a tale disposizione sono:

1) le Amministrazioni delle Provincie, dei Comuni, delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e degli Enti, Istituti ed Aziende, comprese quelle di trasporto, in gestione diretta, dei Comuni e delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o dei relativi Consorzi; 2) le Amministrazioni delle Aziende municipalizzate; 3) le Amministrazioni degli Enti parastatali, comunque costituiti e denominati, delle Opere nazionali, delle Associazioni sindacali e loro Istituti collaterali e, in genere, di tutti gli Enti ed Istituti di diritto pubblico, anche con ordinamento autonomo, sottoposti a vigilanza o a tutela dello Stato, o al cui mantenimento lo Stato concorra con contributi di carattere continuativo; 4) le Amministrazioni delle aziende annesse o direttamente dipendenti dagli Enti di cui alla precedente lettera c), o che attingano ad essi, in modo prevalente, i mezzi necessari per il raggiungimento dei proprî fini, nonchè delle Società, il cui capitale sia costituito almeno per metà del suo importo con la partecipazione dello Stato.

Al primo concorso che, dopo l'entrata in vigore del presente decreto, sarà bandito da dette Amministrazioni, sono estese le disposizioni contenute nell'art. 3 del R. decreto legge 23 marzo 1933.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APECCHIO (*Pesaro*). — Scad. 15 agosto; per Serravalle di Carda; L. 8000 fino a 250 poveri, 5 quadrienni dec., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

ASCOLI PICENO. *Ospedale Psichiatrico Provinc.* — Scad. 10 lug.; due medici primari; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Chiedere altre condizioni. Domanda e documenti al Preside della Provincia.

BARI. *R. Prefettura.* — Al 20 lug., ore 12; uff. san. di Barletta; L. 15.000 e 5 quadrienni dec.; divieto libero eserc. profess.; titoli ed esami; documenti a 3 mesi dal 29 mag. Chiedere ann.

BARLETTA. — Vedi BARI.

CASTEL CAMPAGNANO (*Benevento*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 8000 aumentabili di un decimo ogni quattro anni di servizio effettivo prestato e per non più di 5 volte, nonchè annue lire 1740 per indennità cavalcatura. Stipendio e indennità sono soggetti alle trattenute di legge e alla riduzione del 12 %. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le relative modalità ed altre notizie, possono desumersi dal bando di concorso 14 giugno da richiedersi alla Segreteria del Comune di Banzi, debbono pervenire a detta Segreteria non oltre le ore tredici del 12 settembre 1933.

CHIARI (*Brescia*). *Ospedale Mellini Chiari.* — Scad. 31 lug.; primario medico; docenza in patol. med. ovvero 5 anni di aiuto in Clinica universit. od in Ospedale di capoluogo di Provincia; lire 10.000, oltre L. 500 per la direzione del Reparto Tbc. Rivolgersi all'Amministrazione.

CORTE FRANCA (*Brescia*). — Scad. 15 agosto; con Adro; L. 9000 oltre indenn. mezzo trasp. (L. 3000 se automobile), L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %.

CUTRO (*Catanzaro*). — Scad. 15 lug.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

DERVIO (*Como*). — Scad. 20 lug., ore 17; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'1 giu.; stip. L. 9000 per 400 pov., addizionale L. 5, bicicl. L. 700, ambul. L. 500, 4 quinquenni dec.

ENNA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo L. 14.000 con tre aumenti quadriennali. Servizio attivo lire 3700 annue e indennità caro-viveri nella misura in atto corrisposta agli altri impiegati della Provincia e fino a quando sarà mantenuta, il tutto ridotto del 12 %. Età non superiore agli anni 45 salvo eccezioni di legge. Documenti e modalità stabiliti dal R. Decreto del 16 gennaio 1927, n. 155. Scadenza 31 luglio 1933.

FABBRICA CURONE (*Alessandria*). — Per titoli. Stipendio residenziale L. 8000, oltre L. 1000 per indennità mezzi di trasporto, e L. 600 stipendio di ufficiale sanitario. Età massima anni 45. Nessun limite di età per medici di servizio ed altre condotte. È fatto salvo l'accertamento delle idoneità fisiche dei concorrenti. Documenti di rito. Obbligo al nominato di assumere servizio entro un mese e della residenza nel capoluogo Garadassi. Scadenza 31 agosto 1933.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Si rende noto che il termine fissato pel 30 giugno 1933, per la presentazione delle domande e documenti d'ammissione al concorso al posto di aiuto chirurgo, è prorogato al 15 luglio 1933.

FUSIGNANO (*Ravenna*). — Scad. 15 lug.; 1ª cond.; L. 9000 e 10 bienni ventesimo, oltre c.-v., L. 1000-2500 trasp., L. 1000 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a. al 15 lug.; tassa L. 50,10.

GENOVA. *Ospedali Civili.* — Scad. 20 lug., ore 15; 11 assistenti (5 chirurghi, 1 medico, 2 in radiologia e terapia fisica, 1 in ostetricia e ginecologia, 1 in pediatria, 1 in neurologia); L. 4500 oltre indenn. di L. 10 e di L. 15 per le guardie; riduz. 12 %; nomina e 4 conferme biennali; doc. a 3 mesi dall'1 giu.; tassa L. 50, al tesoriere. Chiedere bando.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Scad. 1° agosto, ore 15; tre aiuti (in ostetricia e ginecologia, in radiologia e terapia fisica e in pediatria chirurgica); titoli ed esami; L. 5000 lorde del 12 %; nomina e conferme triennali fino a 45 a.; tassa L. 50 al tesoriere; doc. a 3 mesi dal 15 giu. Chied. annunzio.

GORGOGLIONE (*Matera*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 6160. Scadenza 22 luglio 1933-XI. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

GRISOLERA (*Venezia*). — Scad. 31 agosto; 2ª condotta; eventualm. esami; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1000-2500-3000-4000 trasp. (a seconda del mezzo); riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa lire 50,10.

LA MADDALENA (*Sassari*). — Scad. 15 agosto, ore 12; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. non anter. al 10 marzo.

LUCCA. *Comune.* — Scad. 1° sett.; 1° Reparto (S. Marco); L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 serv. att., L. 1500 trasp.; emolumenti da decurtarsi del 12 %; c.-v.

NUORO. — Il podestà di Nuoro bandisce il concorso per un posto di Vigile Sanitario. Scadenza ore dodici del 30 luglio 1933. Per chiarimenti rivolgersi al Podestà di Nuoro.

POGLIANO MILANESE. — Vedi VANZAGO.

PONTIDA (*Bergamo*). — Scad. 31 lug.; L. 10.000 e 5 quinquenni dec., c.-v., L. 577 uff. san., L. 300 ambulat., addizionali L. 2 e L. 5, per tutti i poveri, decurtaz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

POPPI (*Arezzo*). — Scad. 31 ag.; per Badia Prataglia; L. 7920 oltre L. 729 c.-v.; ritenute di legge; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 1° giu. Chiedere annunzio.

PREGNANA. — Vedi VANZAGO.

ROVIGO. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 31 agosto; medici direttori delle Sezioni dispensariali di Adria, Lendinara, Badia Polesine, Castelmassa e Contarina di Porto Viro; L. 3000 ciasc.; chilometraggio L. 0,70; età lim. 45 a. al 20 giu. e 2 anni di abilitazione; nella domanda indicare la Sezione a cui si aspira; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

S. ANGELO A CUPOLO (*Benevento*). — Scad. 27 ag.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

S. GIUSTINA IN COLLE (*Padova*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 900 serv. att., L. 3000 cavallo o automobile, c.-v., L. 800 uff. san., L. 100 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

S. MARGHERITA LIGURE (*Genova*). *Ospedale Civile.* — Medico interno; proroga a tutto il 31 luglio.

VANZAGO (*Milano*). — Posto di medico-chirurgo condotto per il Consorzio Sanitario fra i comuni di Vanzago, Pregnana e Pogliano Milanese. Scadenza 7 luglio 1933. Documenti di rito, tassa lire 50,10. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune di Vanzago.

VISSO (*Macerata*). — Scad. 10 lug.; 2 condotte; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 2500 cavalc., L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 24-40 a.; doc. a 3 mesi dal 1° giu.; iscriz. P. N. F.; tassa L. 50.

ZEVIO (*Verona*). — Scad. 31 lug.; 2° reparto; lire 8000 oltre L. 2500-3000 trasp., L. 300 ambulat., c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

I proff. Gustavo Raimoldi ed Ermanno Mingazzini hanno conseguito per esami il posto di primari urologhi negli Ospedali Riuniti di Roma.

La Commissione giudicatrice era formata dai proff. F. Scalfati, presidente, C. Bruni, A. L. Bonanome, E. Cassini, A. Carducci, membri.

I due sanitari verranno preposti a due centri diagnostici delle malattie del sistema urinario istituiti nei due maggiori Ospedali della capitale.

Non solo ci rallegriamo cordialmente con i nostri collaboratori per il loro personale successo, ma sottolineamo l'importante decisione di S. E. l'avv. Spano il quale, in qualità di Presidente degli Ospedali, ha voluto dotare Roma di un servizio che mancava e del quale è palese l'utilità.

Il dott. Harvey Cushing è stato nominato dottore *honoris causa* dell'Università di Parigi.

Il dott. D. Lewis è stato eletto presidente dell'Associazione Medica Americana per il 1933-34.

Il prof. Marion, di clinica chirurgica alla Facoltà medica dell'Università di Parigi, assumerà col nuovo anno scolastico la cattedra di clinica urologica della stessa Facolta, già occupata da Legueu.

Il prof. Gerson, noto tisiologo, è nominato medico-capo del « Deutsches Spital » di Vienna.

Il prof. H. da Rocha Lima è nominato direttore dell'Istituto biologico di San Paolo (Brasile).

NOTIZIE DIVERSE.

Il Patto per la pace.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale, on. Ercole, ha fatto obbligo a tutti gli Atenei, alle altre Scuole superiori ed a quelle medie, di dar lettura del discorso pronunziato in Senato dall'on. Mussolini per annunziare la siglatura del « Patto a quattro », che assicura un decennio di pace.

Le cerimonie si sono svolte con larghissime partecipazioni d'intervenuti e tra vibranti manifestazioni al Regime ed al Duce, nella consapevolezza che l'atmosfera di pace consentirà all'attività umana di indirizzarsi ad opere produttive di bene.

La 5ª giornata della Croce Rossa.

Come abbiamo annunziato, si è celebrata in tutta Italia il 18 giugno ed ha avuto esito brillantissimo.

Quest'anno oltre ai soliti mezzi di propaganda, la Croce Rossa ha curato la pubblicazione di uno speciale numero unico. Vi sono raccolte interessantissime documentazioni fotografiche e chiare cifre.

S'apprende così che nel 1932 gli assistiti hanno compiuto 347.376 giornate di presenza nei sanatori della Croce Rossa con una spesa di 7 milioni 134,887 lire e che le giornate di presenza dei bimbi nei preventori, assommano, per lo stesso periodo di tempo, a 564.000. Due sole parole: « Ieri e oggi » poste come titolo alla pagina dedicata all'opera di risanamento rurale dimostrano, con fotografie e meglio di qualsiasi altro scritto illustrativo, le mutate condizioni di vita nelle zone malsane ove, con i grandiosi impianti di bonifica, il Fascismo ha donato una vita salubre e rigogliosa e ove la Croce Rossa presta spesso la sua opera efficiente.

L'elenco delle Scuole-convitto per infermiere e assistenti sanitarie, la dimostrazione della perfetta efficienza del materiale della Croce Rossa e, ancora altri importanti indici statistici, completano la pubblicazione che più che opuscolo di propaganda si può definire la più viva documentazione delle molteplici benemerenze dell'istituzione.

A Roma va particolarmente segnalato l'afflusso avutosi ai giardini del Quirinale, messi a disposizione della filantropica iniziativa. Il maestoso cortile interno era tutto pavesato di tricolori e di bandiere della Croce Rossa: ai banchi di vendita sopraintendevano le Dame di Corte e di Palazzo di S. M. la Regina e in breve il voluminoso registro appositamente disposto si è venuto coprendo di firme. Simpatica attestazione di devozione del popolo romano alla Prima Infermiera d'Italia.

Convegni regionali di tisiologia.

La « Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi », sotto l'impulso animatore del presidente, prof. Paolucci, dei vice-presidenti, proff. Ilvento, E. Maragliano e Morelli, e del segretario generale, prof. Bocchetti, esplica un'attività intensa. Tra l'altro, vengono organizzati numerosi convegni dalle Sezioni Regionali. Generalmente vi sono fatte pregevoli relazioni e comunicazioni.

Il moltiplicarsi di queste riunioni ci mette, purtroppo, nella impossibilità di accoglierne i resoconti, come avevamo già cominciato: d'ora in poi ci limiteremo a una semplice registrazione.

Poichè il problema della tubercolosi è di vitalissima importanza, sono destinati a questa malattia numerosi periodici specializzati, i quali sono anche molto diffusi: i nostri lettori possono attingervi i resoconti che noi siamo costretti ad omettere.

Tra le sezioni merita speciale rilievo quella del Lazio, presieduta dal prof. Morelli e di cui è delegato regionale il prof. Omodei Zorini.

Questa sezione ha tenuto l'ultima adunanza il 6 giugno; vi furono fatte comunicazioni da V. Monaldi, M. A. Sisti, B. Besta, G. Luzzatto Fegiz, G. Cerrutti, ed alcune di esse sono state avvivate da discussioni, a cui hanno specialmente partecipato i proff. Morelli ed Omodei Zorini.

Un convegno ha avuto luogo il 20 giugno a Trento, ove si è anche inaugurata la Federazione per la Venezia Tridentina. Tenne un discorso il sen. Maragliano; furono fatte comunicazioni dai proff. Carpi e Fasiani e dai dottori Banfichi e Martinelli.

40° Congresso italiano di chirurgia.

Dal 18 al 21 ottobre 1933 avrà luogo in Pavia l'annuale Congresso della Società italiana di Chirurgia, sotto la presidenza del prof. G. Fichera.

I temi di relazione sono i seguenti: 1° « Drenaggio delle vie biliari (derivazione della bile) », relatore il prof. O. Uffreduzzi (Torino); 2° « Malattie da lesioni delle paratiroidi », tema in comune con la Società di Medicina Interna: relatori i proff. M. Donati (Milano) e P. Sisto (Modena).

Zootecnia e lotta antitubercolare.

Per iniziativa della Confederazione nazionale fascista agricoltori, il prof. Alberto Ascoli, direttore dell'Istituto vaccinogeno antitubercolare di Milano, ha tenuto in Roma una conferenza sul tema: « I risultati della vaccinazione bovina nel quadro generale della lotta antitubercolare ».

L'on. Ageo Arcangeli ha presentato l'oratore.

Il prof. Ascoli, dopo avere sostenuto che ormai nel campo zootecnico la profilassi antitubercolare col B.C.G. può ritenersi conseguita e la fase sperimentale sorpassata del tutto, riferisce sull'esito di numerosi esperimenti.

Si intrattiene particolarmente sull'esito della prova sperimentale di Villanterio, da cui è incontrovertibilmente risultata l'efficacia immunizzante del B.C.G., contro l'incapacità di difesa dei vaccini con bacilli tubercolari morti usati per controprova.

L'on. prof. Morelli si è compiaciuto con l'oratore per i brillanti risultati, che non possono non destare vivo interesse. Sostiene però che non si può per il momento spingere l'applicazione senz'altro nel campo umano.

Il gr. uff. Sileno Fabbri, quale presidente dell'Opera Maternità e Infanzia e dell'Istituto Vaccinogeno Antitubercolare di Milano, chiarisce come lo scopo della conferenza sia stato quello di additare agli agricoltori la buona strada per mantenere sano il loro bestiame e quindi anche il latte destinato all'alimentazione, senza peraltro voler entrare nel campo della tubercolosi umana.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Roma.

Sull'attività di questo Consorzio pubblica una particolareggiata relazione con tavole e fotografie il presidente Don Piero Colonna unitamente al direttore tecnico prof. Piero Benedetti. Esso comprende non soltanto il Centro dispensariale di Roma, che già funziona da tempo con completa attrezzatura, ma anche le varie Sezioni dispensariali della Provincia, di cui attualmente in funzione quelle di Civitavecchia, Velletri, Tivoli, Palestrina, Subiaco, Frascati e Minturno; altre otto in via di costruzione saranno completate nel 1934.

Alle sezioni dispensariali si è dato il carattere di policonsultorio, il che facilita l'accorrere dei malati e, quindi, il precoce accertamento della tubercolosi. Le sezioni hanno funzione diagnostica e curativa, oltre che assistenziale e profilattica (assistenti sanitarie). Nel primo semestre 1932, la spesa giornaliera per ricovero di malati è stata di L. 2743,89; si preventiva per il 1933, la spesa di L. 1.020.746,40.

Importanti funzioni sono anche quella di assistenza ai figli dei tubercolotici e di propaganda.

Completamento del Policlinico di Perugia.

La « Gazzetta Ufficiale » reca il Decreto Ministeriale 18 maggio 1933 col quale si approva e viene data esecutorietà alla convenzione stipulata in Roma il 12 aprile 1933 tra lo Stato e gli altri Enti interessati per la costituzione ed il funzionamento del Consorzio per la sistemazione e il completamento del Policlinico « Monteluce » in Perugia.

Gli edifici da costruirsi sono i seguenti: Clinica pediatrica e brefotrofio L. 1.500.000. Reparto di isolamento L. 600.000. Clinica otorinolaringoiatrica e Istituto odontoiatrico L. 700.000. Istituti di patologia medica e di patologia chirurgica L. 600.000. Istituto di anatomia normale L. 600.000. Istituto di patologia generale L. 400.000. Clinica dermosifilopatica L. 700.000. Istituto di radiologia e centro di diagnosi dei tumori maligni L.500.000. Sistemazione della Clinica ostetrica L. 200.000. Sistemazione della sala mortuaria e del reparto cadaveri L. 100.000. Ampliamento dei servizi generali esistenti e lavori di collegamento e di accessi lire 500.000. Arredamento ed attrezzamento delle cliniche e degli istituti, 1.000.000. Due aule delle cliniche generali e la biblioteca dell'Accademia L. 600.000. Totale L. 8.000.000.

Alle Terme di Chianciano.

Il 18 giugno sono state inaugurate le nuove opere e i nuovi impianti della Stazione termale di Chianciano, portata ormai all'altezza delle maggiori esistenti e messa in grado di provvedere alle cure carboniche per cardiopazienti.

Nell'occasione si è tenuto un vero convegno, nel quale sono state dibattute interessanti questioni scientifiche e pratiche.

Tra gl'intervenuti erano il prefetto di Siena Toffano, l'on. Morelli, segretario del Sindacato medico nazionale, il sen. Sandrini, presidente della Società delle Terme, l'on. Bonardi, vice commissario per il Turismo, il prof. Ruata, ispettore sanitario dell'Enit, il gr. uff. Rebucci, presidente della Federazione nazionale dell'industria termale, i podestà di Siena, Chianciano, Chiusi, Montepulciano, l'architetto Ugo Tarchi, cui si deve il progetto del nuovo gruppo di fabbricati, l'ing. Bruni, direttore della costruzione, il prof. Sabatini, direttore sanitario delle Terme, il prof. Schupfer e molte altre autorità e personalità.

Parlarono il podestà di Chianciano, il prefetto di Siena, il prof. Sabatini, l'on. Bonardi, il gr. uff. Rebucci e l'on. Morelli.

Terre redente dalla malaria.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un R. Decreto col quale viene revocata la dichiarazione di zona malarica per i Comuni di Balzola, Camino, Casale Monferrato, Coniolo, Frassineto Po, Morano Po, Pontestura e Villanova Monferrato, della provincia di Alessandria, il cui territorio è pertanto del tutto immune dall'endemia.

Una pubblicazione sul chinino.

L'Ufficio di Amsterdam per la diffusione dell'impiego della chinina (Bureau tot bevordering van het Kinine-gebruik) pubblica ora una buona monografia di F. Johannessohn sulla chinina nella pratica generale, in rapporto a ricerche farmacologiche, in cui troviamo la storia della corteccia di china, la chimica della chinina ed il suo uso terapeutico (ricerche sperimentali, tossicologia, ecc.). In un'altra pubblicazione dello stesso Ufficio, sono riunite le formule per l'uso della chinina in molte malattie.

Per la disciplina della pubblicità medica in Austria.

La « Wiener Aerztekammer » ha richiamato l'attenzione del corpo medico sul fatto che nella stampa politica compaiono, di tanto in tanto, articoli nei quali si riferiscono ricerche idonee a fuorviare e ingannare il pubblico e ad alimentare speranze ingiustificate sulla cura delle malattie.

Questi articoli hanno ripercussioni anche all'estero e finiscono col gettare il discredito sulla medicina austriaca.

Gli studiosi vengono esortati a non comunicare le loro ricerche alla stampa politica, anche se i risultati paiono sicuri. Queste informazioni dovranno essere comunicate ai giornali solo attraverso la Camera medica od un Comitato di medici.

Medici assolti.

I dottori Manlio Ferrari e Raffaele Palmerio avevano prestato le loro cure ad una partoriente ricoverata nell'ospedale civile di Guardiagreve; dopo un intervento operativo, la paziente fu subito dimessa per volontà dei parenti. Ella venne a morte. Il marito intentò causa contro i due sanitari. Il Procuratore del Re di Lanciano chiese il loro rinvio al Tribunale; ma il giudice istruttore non trovò luogo a procedere. Il P. M. si è appellato contro questa sentenza; ma la Sezione istruttoria della Corte d'appello di Aquila ha confermato il non luogo a procedere. Notevoli sono le motivazioni, secondo cui nulla poteva eccepirsi a carico dei due professionisti, che avevano agito con tecnica completa e precisa, immune da censure o da rilievi.

Esercizio medico sotto pseudonimo.

Il dott. Alessandro Flifmann, di nazionalità romena, aveva conseguito il dottorato in medicina alla facoltà medica di Parigi il 10 giugno 1927. Nel 1930 egli aprì una clinica a Parigi (rue Papillon 9); ma invece di esercitare sotto il suo nome (dall'ortografia tedesca), aveva assunto lo pseudonimo di « Florian ». Ciò costituiva una illegalità; onde venne promossa un'azione giudiziaria. Intanto l'incolpato è scomparso, nell'ottobre 1932. La 10ª Camera correzionale della Senna lo ha ora condannato in contumacia a 100 franchi d'ammenda e 1000 franchi di danni e interessi, da liquidare al Sindacato dei Medici della Senna.

Un po' dovunque.

L'Opera Naz. Maternità e Infanzia ha predisposto conversazioni e conferenze pratiche di propaganda nelle fabbriche ove sono occupate maestranze femminili, nelle organizzazioni dopolavoristiche e negli istituti fascisti di cultura.

Una serie di conversazioni si è svolta nei grandi stabilimenti industriali della provincia di Milano, riportando pieno successo.

Il 23° Congresso francese di medicina si terrà a Quebec (Canadà) nel settembre 1934. Temi: « Gli stati ipoglicemici »; « La piretoterapia »; «Semeiologia del pancreas». Rivolgersi alla sig.na Huré, bureau de l'A. D. R. M., Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine, Paris VIe.

Il 39° Congresso annuo della Società belga di oto-rino-laringologia si terrà a Gand, sotto la presidenza del dott. Gaston Droesbeque, nei giorni 8 e 9 luglio. Tema: radiologia della mastoide; relatore: dott. Thienfront. Segretario gen.: dott. J. Blondiau, av. de la Toison d'Or 83a, Bruxelles.

La 3ª Conferenza panamericana della Croce Rossa avrebbe dovuto adunarsi quest'anno a Rio de Janeiro; ma la Croce Rossa Brasiliana ha fatto presente alla Lega delle Società della Croce Rossa l'opportunità di un differimento, a motivo della persistenza della crisi mondiale.

Un congresso francese di ostetricia e ginecologia è annunziato ad Anversa (Belgio) per l'anno in corso, sotto la presidenza del dott. J.-L. Henrotay.

L'Associazione Medica Britannica terrà la sua 101ª riunione annuale a Dublino dal 21 al 29 luglio.

La 14ª riunione annua della Federazione americana delle Organizzazioni per i duri d'udito (sordastri) si è tenuta a Chicago dal 19 al 22 giugno.

La 34ª riunione annua della Società proctologica americana si è tenuta a Chicago nei giorni 12 e 13 giugno, sotto la presidenza del dott. C. Rossler.

Il Comitato Americano per la lotta contro il reumatismo si è adunato a Milwankee il 12 giugno.

L'Associazione Medica Canadese ha tenuto il suo 64° congresso annuo a St. John dal 19 al 23 giugno, sotto la presidenza del dott. G. A. B. Addy.

Il dott. A. Cavadias, di Londra, organizza un congresso internazionale di sintesi della medicina, che si terrà in questa città. Per informazioni rivolgersi al promotore, Wimpole Street 52, London W. 1.

Le « Giornate mediche di Malaga », organizzate dall'Associazione degli antichi alunni della Facoltà medica di Granata, si terranno dall'8 al 12 ottobre, per celebrare la 4ª assemblea statutaria di detta associazione.

Le tre riunioni precedenti ebbero luogo a Granata, Almeria e Jaén.

Il congresso internazionale delle infermiere si terrà a Parigi e Bruxelles dal 9 al 15 luglio sotto la presidenza della sig.na Chaptal.

Si è aperto a Vienna un dispensario di psicoterapia, diretto dai dottori W. Steckel ed E. Bien.

A motivo della crisi economica, è stato chiuso a Chicago l'Ospedale Durand per contagiosi; si è rimediato destinando dieci sale dell'Ospedale Albert Merritt Billings ad un Servizio di malattie contagiose.

Il 27 maggio fu solennemente inaugurato a Corrientes (Argentina) un monumento eretto per commemorare gli eroi civili caduti nell'epidemia di febbre gialla del 1871. Era presente il dott. Juan Ramón Vidal, figlio del dott. José, morto vittima del dovere professionale in quella dolorosa occasione.

Un giacimento di radium è stato trovato a Lurisia, comune di Roccaforte di Mondovì; è stato visitato dalla sig.ra Curie.

La « Minerva Medica » ha organizzato un viaggio attraverso la Francia Meridionale e la Spagna, per terra e per mare, dal 30 agosto al 17 settembre. Rivolgersi all'amministrazione, via Martiri Fascisti 15, Torino.

Il « Deutsches Aerztevereibund », d'accordo con il « Hartmannbund », ha inoltrato una petizione al ministro federale dell'interno, perchè sia promossa una legge federale che autorizzi la sterilizzazione a scopo eugenico.

Nel cantone svizzero di Waadt, in forza di due decreti, del 1928 e del 1931, sono stati sterilizzati fin'ora 21 alienati. Il Consiglio sanitario cantonale può anche autorizzare l'aborto di donne alienate.

Il prof. Stefano Turchili, professore alla Facoltà di medicina di Parigi e capo dei servizî radiologici all'ospedale della Carità, è stato operato il 21 giugno per l'ottava volta, essendo stato colpito alla mano sinistra dal cancro dei radiologi.

Un'infermiera dell'Assistenza Pubblica di Parigi, addetta al Servizio di Chirurgia infantile dell'Ospedale Trousseau, sig.a Douval, è morta di un'infezione consecutiva a ferita della mano destra riportata nell'atto di curare un bambino. Sul feretro è stata posta la medaglia d'oro delle epidemie.

Il dott. Tarcisio Benzi, medico condotto di Bellago (Lecco), nel praticare la tracheotomia ad un bambino affetto da difterite contrasse l'infezione specifica; ora l'ha felicemente superata.

Il dott. Carlo Leone Marinucci, assistente ordinario nell'Ospedale di Santa Maria di Loreto a Napoli, nipote del ministro Acerbo, ha dato il sangue — oltre mezzo litro — per un degente nell'Ospedale.

La Corte d'appello di Lipsia ha confermato il giudizio pronunziato dal Tribunale di Lubecca in merito alle vaccinazioni antitubercolari che provocarono la morte di 72 bambini.

Il gr. uff. Onorato Battista di Napoli ha intentato causa contro la Farmacia Muratore di Torino, che ha messo in commercio il prodotto « ischiogeno » il quale, per il nome e le indicazioni, somiglia all'« ischirogeno »; ha chiesto che venga dichiarata la violazione del marchio o quanto meno la concorrenza illecita della denominazione e la condanna ai danni, con distruzione dei prodotti. La causa è stata discussa alla V Sezione del Tribunale Civile di Torino; se ne attende la sentenza.

Il capitano Charles Martell, affetto da osteite deformante di Recklinghausen, morto a Washington, ha stabilito per testamento che il suo corpo sia oggetto di studi.

A Varsavia sono stati rubati, in un laboratorio d'ospedale, tre conigli ai quali erano state inoculati dei germi patogeni; venduti a un ristorante, sono stati consumati dai clienti.

Un incendio ha distrutto un'ala del « Robert Packer Hospital » di Sayre (Stati Uniti). I 250 ricoverati poterono essere trasportati temporaneamente in case private e nel « Tioga County Hospital » di Waverly. I danni sono valutati in 2 milioni di dollari (più di 30 milioni di lire al cambio attuale).

Va segnalata la perdita di Sir ROBERT JONES, il quale si era formato al di fuori delle Cliniche e degli Ospedali, sotto la guida dello zio H. O. Thomas. Tutta la sua opera è originale: ha battuto vie nuove, raggiungendo un altissimo grado di perfezione nella chirurgia ortopedica e traumatologica. I suoi apparecchi per l'immobilizzazione delle articolazioni tubercolotiche, in particolare del ginocchio, hanno segnato un progresso dei più decisi, poichè conciliano l'immobilità con le esigenze fisiologiche. Il suo apparecchio per le fratture del femore, a giudizio del Sinclair, costituisce « il maggior progresso nel trattamento delle fratture durante questi ultimi tempi »; l'insigne chirurgo aggiunge: « è così perfetto, che qualsiasi modificazione ne ridurrebbe l'efficacia ». Principio direttivo del Jones era che la natura tende alla guarigione e che dev'essere semplicemente aiutata.

L. F.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. It. di Dermatol. ecc., mar. — L. BURRI. Potere granulopessico col sistema r.-e. nell'infezione sifilitica.

Nutrition, 1. — Numero sull'ossalemia.

Arch. Intern. Med., apr. — H. CUSHING. Dispituitarismo. — T. F. MCNAIR e S. C. WU. Trattam. della policitemia vera.

Haematologica, Arch., II. — F. CONTI. Mielosi aplastica. — V. G. BARONE e A. COSTA. Gastro- ed epatoterapia nell'anemia pern.

Presse Méd., 8 mag. — R. MASSIÈRE. Encefalopatie della difterite.

Paris Méd., 6 mag. — Numero sulle malattie del cuore e dei vasi.

Giorn. di Med. Mil., apr. — LEOTTA. Sindrome addomin. destra.

Forze Sanit., 10 apr. — P. SERRA. Roentgenterapia dei fibriomioni uter. — L. CONDORELLI. Scompenso acuto del cuore in bronco-pneumopatie croniche.

Lancet, 6 mag. — D. WATERSON. Sul dolore. — A. CAIRUS e W. R. BRAIN. Vertigine auricolare.

Münch. Med. Woch., 5 mag. — G. KRATSCH. La secrezione accessoria dello stomaco. — W. SCHULTZ. Anemie della gravidanza.

Riforma Med., 6 mag. — F. GALDI. Morbo di Still.

Rev. Méd. Lat-Amer., mar. — C. LION e S. FACQUET. Pronostico dell'angina p. — J. M. ESTAPÉ. La vita amorosa di Goethe.

Arch. di Antrop. Crim. ecc., gen.-apr. — M. NIZZA. La sterilizzaz. della donna dal punto di vista clinico e medico-legale.

Radiol. Med., mag. — V. VOLPE. Radiologia delle affezioni del pancreas. — L. FECI. Pneumoconiosi dei lavoratori di barite.

Rev. Brasil. de Tuberc., mar. — M. DE ABREN. Ilo polmon. norm. e patologico.

Wien. Klin. Woch., 12 mag. — Numero sulla poliomielite a. a.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 10 Luglio 1933 - XI Num. 28

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Bologna

Direttore: on. Prof. RAFFAELE PAOLUCCI.

L'antivirusterapia nelle peritoniti acute sperimentali, in rapporto al blocco del sistema reticolo-endoteliale.

Dott. ETTORE RUGGIERI, assistente.

Secondo le concezioni di Besredka, l'immunità sarebbe la risultante di un complesso di reazioni che si svolgono fra determinate cellule specificamente recettive per un dato germe, ed il germe stesso. Questi concetti, contrapponendosi alle teorie della difesa umorale, mirano a sminuire il valore degli anticorpi nel meccanismo immunitario, e dànno invece la massima importanza ai tessuti.

Besredka pensa che negli organismi superiori esistano particolari sistemi cellulari, aventi una specifica affinità per ogni specie batterica. Nel caso del carbonchio, ad esempio, l'unico sistema recettivo sarebbe rappresentato dalla cute. Se in una cavia si praticano iniezioni intraperitoneali di virus carbonchioso, l'animale sopravvive; se invece la via di introduzione del virus è quella intracutanea, l'animale muore. Nel primo caso, i bacilli del carbonchio sono stati posti a contatto con sistemi cellulari non recettivi, e non hanno determinato alcun danno; nel secondo caso, avendo preso contatto con le cellule specificamente recettive, hanno potuto esplicare tutto il potere patogeno di cui sono dotati. Secondo Besredka, il contatto tra il virus e le cellule recettive determina una reazione, in seguito alla quale i batteri mettono in libertà una sostanza di natura ignota, che si oppone alla fagocitosi. I germi, così, prendono il sopravvento sui sistemi difensivi e si moltiplicano.

Se questo è il meccanismo dell'infezione, dice Besredka, l'immunità non può essere dovuta ad altro che ad una modificazione di stato dei sistemi cellulari recettivi. Essa consisterebbe in un adattamento delle cellule al virus, in seguito al quale la reazione anzidetta non avverrebbe più, ed i fagociti potrebbero con ogni ampiezza esplicare la loro azione sui germi. L'immunità, dunque, rappresenterebbe una perdita di affinità delle cellule verso i loro germi specifici, per cui i sistemi recettivi diver-

rebbero insensibili e indifferenti ad ogni nuova invasione microbica.

Stando così le cose, poichè alle diverse specie batteriche corrispondono ben determinati e ben limitati gruppi di cellule recettive, per ottenere l'immunità dell'intero organismo verso un dato germe dovrebbe essere sufficiente rendere indifferenti soltanto quelle cellule, che per esso hanno affinità. Infatti Besredka sostiene che, per immunizzare contro il carbonchio, basta « desensibilizzare » l'apparecchio cutaneo, per immunizzare contro il tifo, il colera e la dissenteria bacillare basta vaccinare l'intestino, per immunizzare contro lo stafilococco e lo streptococco basta rendere indifferenti i rispettivi sistemi recettivi che, in via d'ipotesi, sono l'apparato cutaneo ed alcune mucose. L'A. stabilisce, così, il concetto della *vaccinazione* e dell'*immunizzazione* locale, mentre attribuisce agli anticorpi un valore tutt'affatto limitato, considerandoli come prodotti di lisi batterica che — nel caso dell'immunizzazione attiva — seguono ma non mai precedono lo stabilirsi dello stato immunitario, e che — nel caso dell'immunizzazione passiva — hanno l'ufficio di rendere il virus più adatto a subire la fagocitosi.

Per spiegare l'intimo meccanismo dell'immunizzazione locale, per spiegare cioè in qual maniera un sistema cellulare recettivo perda la sua affinità verso un determinato germe, Besredka enuncia l'ipotesi che la recettività cellulare venga saturata da una particolare sostanza liberata dal germe, avente il potere di opporsi alla virulenza del germe stesso. Questa sostanza è stata da lui paragonata agli antifermenti cellulari, che tanto frequentemente si trovano accanto ai fermenti. Ad essa ha dato il nome di *antivirus*.

L'antivirus, dunque, venendo a contatto con il sistema recettivo, satura le cellule e le rende inadatte a reagire con il virus. Esso, perciò, come il virus da cui deriva, è strettamente specifico per un determinato gruppo cellulare.

Questo ingegnoso edificio teorico, che modifica profondamente le classiche conoscenze relative al vasto problema dell'immunità, lungi dall'essere frutto di una pura speculazione mentale, poggia su dati di fatto ben definiti e ben controllati. Se per alcune specie batteriche, infatti, bisogna ricorrere all'ipotesi che il supposto antivirus si liberi solo quando il virus è venuto a contatto con gli apparecchi recettivi, ed agisca quindi in *statu nascendi* (è, questo, il caso del carbonchio); per altre qualità di germi, l'antivirus può essere separato in vitro dal corpo batterico e, così isolato, può dimostrare tutte le qualità di un vaccino dall'azione pronta e sicura (è, questo, il caso dello stafilococco, dello streptococco, del colibacillo, del bac. di Eberth, ecc.).

Una brodocoltura di stafilococchi, tenuta in termostato per 8-10 o più giorni, e poi filtrata su candela, dà luogo ad un liquido limpido il quale, pur avendo tutti i caratteri esteriori del brodo ordinario, impedisce in maniera assoluta lo sviluppo di eventuali ripetute nuove semine dello stesso stafilococco. Questo fenomeno, già conosciuto da Pasteur e da Marmorek, i quali avevano veduto che i filtrati di brodocolture del bacillo del colera dei polli e, rispettivamente, dello streptococco, non consentivano più l'accrescimento di nuove semine omologhe, ha avuto diverse interpretazioni. Pasteur, per esempio, riteneva che il mezzo di coltura, invecchiato dalla lunga permanenza in termostato, avesse perduto le sue proprietà nutritive. Sigwart ha pensato che nei filtrati possono svilupparsi solo i germi scarsamente virulenti, mentre quelli forniti di grande virulenza, a causa di maggiori esigenze nutritive, non possono crescere. Molto più recentemente, Aldershoff ha affermato che il potere inibitorio dei filtrati è da ricercarsi nell'atto della filtrazione, la quale priverebbe il brodo di sostanze necessarie alla moltiplicazione dei germi.

Besredka ha ammesso, invece, che il mancato accrescimento di un ceppo batterico, nel filtrato di una brodocoltura omologa, dipende da una sostanza antagonista che, nel lungo soggiorno in termostato, si è liberata dal germe stesso, ed è passata in soluzione nel mezzo nutritivo. Questa sostanza, secondo l'A., è da identificarsi esattamente con l'antivirus di cui si è or ora parlato. Che l'ipotesi di Besredka risponda a verità, è dimostrato dal caratteristico fatto che il liquido risultante dalla filtrazione, pur impedendo lo sviluppo del germe omologo, non si oppone affatto alla crescita di germi di altra specie. Un filtrato di brodocoltura stafilococcica, per esempio, consente la più rigogliosa moltiplicazione di streptococchi, di colibacilli, o di germi di altra natura. Il mancato sviluppo batterico, quindi, non deve essere imputato nè all'invecchiamento del mezzo nutritivo, nè alla filtrazione.

L'azione inibente esercitata dall'antivirus in vitro, non è dovuta ad una sua proprietà battericida. Se è vero che un germe seminato nell'antivirus omologo non si moltiplica, è altrettanto vero che non muore. Esso sopravvive lungamente e, trapiantato in un terreno nutritivo normale, si sviluppa come di norma, conser-

vando tutte le proprie caratteristiche. Ciò è dimostrato dalle ricerche della Goussartchik e dalle esperienze di Marginesu.

Un'altra proprietà dell'antivirus è quella della termostabilità, in quanto che conserva ogni sua caratteristica anche se sottoposto a temperature di 100°-120° per 20 minuti. L'antivirus, dunque, in vitro ha le seguenti proprietà: inibisce lo sviluppo del germe omologo ma non quello di altre specie batteriche, ha azione inibente specifica, è termostabile.

Queste proprietà si manifestano chiaramente anche in vivo. L'antivirus, infatti, adoperato in determinate maniere, instaura uno stato di immunità tale, che rende resistenti gli organismi superiori anche verso i ceppi più virulenti del germe omologo. Questo fenomeno, scoperto da Besredka, ha trovato sanzione in così numerose prove sperimentali, ed ha avuto così largo riscontro nella terapia clinica, che oggi nessuno dubita più sulla sua esistenza. Anche in vivo l'azione inibente esercitata dall'antivirus è strettamente specifica verso la specie batterica omologa. I migliori risultati terapeutici, infatti, sono raggiunti con l'uso dei cosidetti auto-antivirus.

Se questi fatti sono bene accertati e ben noti, non altrettanto può dirsi per quel che riguarda il meccanismo di azione degli antivirus, che è tuttora completamente ignoto. Come si stabilisce l'immunità? Perchè l'antivirus conferisce agli animali una resistenza così spiccata verso l'azione virulenta del germe omologo?

Non è il caso di pensare ad un'azione battericida esplicata in seno all'organismo, perchè è presumibile che quanto accade in vitro si verifichi anche in vivo. Questa è l'opinione corrente.

Non è neppure il caso di pensare che l'antivirus attenui direttamente la virulenza del germe, perchè è dimostrato che i batteri omologhi, seminati nel filtrato, conservano intatto il loro potere patogeno (Marginesu).

Non è del pari ammissibile che l'azione dell'antivirus sia da identificarsi come un effetto di proteinoterapia, in quanto che essa si conserva inalterata anche se il filtrato è stato sottoposto a temperature di 100°-120° (Grineff e Tchouiko).

Non si può ammettere poi che l'antivirus agisca come un antigene, provocando l'intervento di anticorpi, sia perchè l'effetto immunizzante è rapidissimo, per non dire immediato, sia perchè la ricerca sierologica degli anticorpi, negli animali trattati, è sempre negativa (Besredka).

Infine non si può pensare, come Gay, che l'azione protettiva sia dovuta ad un effetto di irritazione cellulare, e di consecutiva fagocitosi, provocato dal brodo. Le numerose esperienze in proposito, e particolarmente le ricerche di Grineff e Tchouiko, escludono completamente una simile opinione.

Fatta esclusione di tutte queste possibilità Besredka enuncia la seguente ipotesi: l'antivirus satura le cellule recettive, soddisfa la loro affinità per il corrispondente germe, e le priva di ogni recettività per il germe stesso. Di conseguenza, i sistemi cellulari specifici non entrano più in reazione con il virus, che si comporta allora come un saprofita qualsiasi e diventa facile preda dei fagociti. A ciò, come coadiuvante, si aggiunge il potere inibente dell'antivirus, che impedisce ai batteri di svilupparsi ulteriormente. Di guisa che, in conclusione, i germi da una parte non possono pullulare, dall'altra sono fagocitati.

Secondo il pensiero di Besredka, le cellule recettive sarebbero situate nel sistema reticolo-endoteliale; e la fagocitosi verrebbe esplicata dai polinucleati neutrofili, dai monociti e dalle cellule istiocitiche.

*
**

Essendo la dottrina di Besredka tuttora allo stato teorico, in attesa di convalida, abbiamo voluto portare un piccolo contributo alla questione, eseguendo alcune ricerche, allo scopo di controllare quale ruolo fosse rappresentato dai sistemi recettivi, nella immunizzazione da antivirus. In particolare, poichè, secondo Besredka, l'azione protettiva dell'antivirus contro le infezioni da germe omologo si esplicherebbe attraverso una saturazione delle cellule recettive, noi abbiamo voluto osservare quale piega prendessero i fenomeni connessi all'impiego dell'antivirus, quando gli apparati recettivi fossero temporaneamente paralizzati nelle loro funzioni o, comunque, alterati. Per raggiungere queste condizioni sperimentali, abbiamo studiato l'azione dell'antivirus stafilococcico sulle peritoniti da germe omologo, in cavie a sistema reticolo-endoteliale bloccato. Ripetiamo, infatti, che Besredka situa i gruppi cellulari recettivi nel S. R. E.

Prima di esporre il protocollo delle esperienze, è necessario fare una premessa. Secondo Besredka e suoi collaboratori, lo stafilococco avrebbe una spiccata affinità verso l'apparato cutaneo e verso alcune mucose, mentre non avrebbe azione patogena per gli altri tessuti. Nell'esperimento, quindi, per ottenere una in-

fezione mortale, sarebbe necessario allogare il germe nello spessore della cute, nella quale soltanto sarebbero situati gli apparecchi recettori specifici. Di conseguenza l'antivirus, per potere esercitare la sua azione protettiva, dovrebbe essere applicato sulla cute o nella cute. Si consigliano infatti impacchi sulla cute rasata, iniezioni intracutanee su larga estensione o « en nappe ».

Queste idee vanno modificate poichè, come è stato ripetutamente provato, lo stafilococco, a prescindere da qualsiasi lesione cutanea, è capace di determinare peritoniti, pleuriti, e suppurazioni in qualsiasi organo ove possa essere giunto per via circolatoria. Ed analogamente, è stato provato che l'antivirus agisce in senso positivo, anche quando è iniettato nel peritoneo di animali affetti da peritonite stafilococcica (Marginesu, Biolato Metalnikow e Toumanoff, ecc.), o quando è introdotto in altri organi infettati sperimentalmente con lo stafilococco, per esempio nell'occhio (Carrère, Zivago, Gasteiger, Gallenga, ecc.). Ciò dimostra che gli apparati recettivi non sono limitati soltanto alla cute, ma hanno un'estensione molto maggiore; e dimostra altresì che l'antivirus corrispondente può esercitare la sua azione protettiva anche se è iniettato in organi e cavità lontani dalla cute.

PROTOCOLLO DELLE ESPERIENZE.

Da un ascesso sottocutaneo di un individuo setticemico abbiamo isolato uno stafilococco piogeno aureo che, dopo due soli passaggi attraverso il peritoneo di cavie è divenuto fortemente virulento. Infatti, 2 cmc. di una brodocultura di 24 h., iniettati in peritoneo, uccidono la cavia in 24-36 h. Assicuratici di questa virulenza su tre animali, abbiamo seminato lo stafilococco in mezzo litro di brodo. Il pallone, posto in termostato, vi è stato lasciato per 45 giorni consecutivi, dopo di che la brodocoltura è stata filtrata su candela Berkefeld N. Sul filtrato, due successive semine di stafilococco dello stesso stipite non hanno avuto sviluppo. Il liquido, rimasto limpido, è stato allora posto in fiale da 10 cmc., ed è stato poi sterilizzato a 120° per 20 minuti. L'antivirus era, così, pronto per le esperienze, che sono state eseguite quando, dopo diversi controlli, abbiamo avuto la sicurezza che il ceppo di stafilococco aveva la sua virulenza iniziale.

Per il blocco del S. R. E., ci siamo serviti di una soluzione all'1 % di tripanblau, iniettata nel peritoneo, in dosi frazionate.

1° lotto di animali. — Ad una cavia si pratica una iniezione intraperitoneale di 5 cmc. di antivirus; dopo un giorno si pratica in peritoneo una iniezione di 5 cmc. di una brodocoltura di 24 h. L'animale sopravvive.

Ad una seconda cavia si iniettano simultaneamente nel peritoneo, 5 cmc. di antivirus e 5 cmc. di una brodocoltura di 24 h. L'animale sopravvive.

Ad una terza cavia (controllo) vien fatta una iniezione intraperitoneale di 2 cmc. di una brodocultura di 24 h. L'animale muore in 36 h., per peritonite, chiaramente constatata all'autopsia.

2° lotto. — Una serie di 3 cavie viene trattata alla seguente maniera: 30 marzo 1933: iniezione intraperitoneale di 1 cc. di tripanblau; 1° aprile: iniezione intraperitoneale di cmc. 1,5 di tripanblau e cmc. 2,5 di antivirus; 3 aprile: iniezione intraperitoneale di cmc. 5 di antivirus; 5 aprile: iniezione intraperitoneale di cmc. 5 di una brodocoltura di 24 h.

Ad una quarta cavia (controllo) viene iniettata la stessa quantità di tripanblau, ed il 5 aprile sono introdotti cmc. 5 della brodocoltura, senza antivirus.

Le prime 3 cavie sopravvivono; la cavia controllo muore il 6 aprile, e presenta manifesti segni di peritonite.

3° lotto. — Tre cavie sono così trattate: 30 marzo 1933: iniezione intraperitoneale di 5 cmc. di antivirus; 1° aprile: iniezione intraperitoneale di cmc. 2,5 di antivirus e cmc. 1 di tripanblau; 3 aprile: iniezione intraperitoneale di cmc. 1,5 di tripanblau; 5 aprile: iniezione di cmc. 2 di tripanblau; 7 aprile: iniezione di cmc. 2 di tripanblau e di cmc. 5 di una brodocoltura di 24 h.

Ad una quarta cavia (controllo) è stata iniettata la stessa quantità di sostanza colorante, la stessa quantità di brodocoltura, ma non è stato iniettato l'antivirus.

I 4 animali muoiono tutti entro le 36 h. L'autopsia dà il reperto di una peritonite generalizzata grave.

4° lotto. — Tre cavie vengono trattate in questa maniera: 30 marzo 1933: iniezione endoperitoneale di cmc. 1 di tripanblau; 1° aprile: iniezione di cmc. 1,5 di tripanblau; 3 aprile: iniezione di cmc. 2 di tripanblau; 5 aprile: iniezione di cmc. 1 di tripanblau e di cmc. 5 di antivirus; 7 aprile: iniezione di cmc. 3 di tripanblau e di cmc. 5 di una brodocoltura di 24 h.

Una quarta cavia (controllo) è trattata alla stessa maniera, escludendo però l'iniezione dell'antivirus.

Due delle prime tre cavie, muoiono entro 48 h. Il controllo soccombe nelle prime 24 h. In tutti gli animali, all'autopsia si notano segni di peritonite acuta.

5° lotto. — Due cavie sono trattate nello stesso modo delle precedenti. L'antivirus e la brodocoltura, però, sono iniettati contemporaneamente, il giorno successivo all'ultima introduzione di tripanblau.

Ad una terza cavia (controllo), il giorno successivo all'ultima introduzione della sostanza colorante si inietta soltanto la brodocoltura.

I due animali ed il controllo soccombono entro 48 h., e presentano evidentissimi segni di peritonite.

6° lotto. — Due cavie vengono trattate, dal 30 marzo 1933 al 7 aprile, con cmc. 8,5 di tripanblau, introdotti nel peritoneo a dosi frazionate, per iniezioni eseguite a giorni alterni. Gli animali, oggi (5 maggio) sono tutt'ora in vita, e non hanno mai presentato disturbi apparentemente apprezzabili.

*
* *

I risultati sperimentali ora riferiti, oltre a confermare che l'antivirus stafilococcico ha azione positiva anche nelle peritoniti acute da germe omologo (I lotto); dimostrano che il blocco del S. R. E. turba profondamente il meccanismo dei fenomeni della vaccinazione locale (II-III-IV-V lotto).

Possono, tali risultati, essere inquadrati negli schemi della dottrina di Besredka? Una risposta a questo quesito è quanto mai ardua e non può prescindere da quello che è il significato biologico del cosidetto blocco del S. R. E. Come è ormai noto, un blocco vero e proprio nel senso di un arresto completo delle funzioni, di una soppressione temporanea del sistema, non è raggiungibile. È ben dimostrato che le cellule infarcite di granuli coloranti possono ancora esercitare, per quanto in misura ridotta, un'azione fagocitaria verso frammenti batterici e cellulari, e possono ancora immagazzinare colloidi diversi. (Seifert). È dimostrato anche che, in queste circostanze, il rinnovamento cellulare si compie con tale tumultuosa rapidità, che si ha un afflusso di elementi istiocitari rigenerati nel circolo sanguigno (Kiyono). È dimostrato, infine, che i fagociti mobili, anche se carichi di sostanza colorante. non perdono la loro proprietà di mobilitarsi (Capocaccia).

L'assoluta esclusione del sistema, dunque, non è attuabile, sia perchè la capacità pessica degli elementi saturati dal colore è in parte conservata, sia perchè accanto alle cellule infarcite ne sorgono altre che hanno, verosimilmente, un ufficio di compenso. D'altra parte, nel caso particolare, se avvenisse il contrario, la dottrina di Besredka sul meccanismo dell'infezione dovrebbe cadere perchè, a S. R. E. escluso, gli elementi recettivi perderebbero ogni affinità verso i germi specifici, rimarrebbero indifferenti di fronte ad essi, e non darebbero più luogo a quei processi di interreazione che sono necessari allo sviluppo dell'infezione. È noto, invece, come in animali a S. R. E. bloccato, le infezioni sperimentali siano più virulente e più gravi di quel che non avvenga di norma. Questo significa, se si vuole accettare la dottrina di Besredka, che gli apparati recettivi hanno conservato le loro affinità e le loro capacità reattive verso i germi, ma significa anche che questa loro particolare proprietà — almeno per quel che riguarda la funzione difensiva — è sicuramente alterata.

In realtà, la pratica del bloccaggio con sostanze coloranti, se non paralizza il sistema, deve provocare non indifferenti alterazioni in seno alle cellule, e certamente determina una più o meno profonda labilità della loro funzione.

Nelle nostre condizioni sperimentali, dunque, i risultati ottenuti non vanno considerati in relazione ad una esclusione totale del S. R. E., ma in rapporto ad una sua alterata funzione.

Crediamo che nel nostro caso si possa prescindere dal tener conto delle eventuali azioni tossiche esercitate sull'intero organismo dalla sostanza colorante, sulle quali giustamente insistono diversi AA. (Pianese, Pepere, Favilli). Le due cavie del VI lotto sopravvivono ancora oggi, ad un mese di distanza dall'introduzione di cmc. 8,5 di tripanblau e stanno bene. D'altra parte, la morte degli animali dei lotti III-IV-V, intervenuta dopo la introduzione delle colture stafilococciche, è stata così pronta e così rapida, che non sapremmo non attribuirla all'infezione peritoneale. la quale si è sempre manifestata con segni anatomo-patologici di gravità indiscutibile.

Fatte queste premesse, e soffermandoci brevemente sui nostri risultati, vediamo che nella maggior parte dei casi l'antivirus non ha avuto la capacità di proteggere gli animali a S.R.E. alterato, dalla infezione stafilococcica. Ciò dimostra ancora, che esso non agisce per un'azione antibatterica o antipatogena che, nelle nostre condizioni sperimentali, non avrebbe trovato ostacoli al suo svolgimento. Ma ciò dimostra anche, che l'azione dell'antivirus non si esplica attraverso uno stimolo alla produzione di anticorpi. Infatti, prescindendo dal comportamento di tutti gli altri animali, notiamo che quelli del III lotto, malgrado il tempo intercorso fra l'iniezione dell'antivirus e quella dello stafilococco, tempo che avrebbe permesso ad eventuali anticorpi di formarsi e di agire, sono tutti morti. Del resto è noto che, nella cavia, lo stafilococco non produce anticorpi (Besredka).

In tal maniera, poichè il problema del meccanismo immunitario sembra avere reali rapporti con il S. R. E., come è dimostrato dalle nostre esperienze, noi non sapremmo non farlo rientrare negli schemi dottrinari di Besredka. Volendo allora interpretare, sulla falsariga di questa dottrina, i risultati da noi ottenuti, osserviamo che gli animali dei vari lotti hanno avuto un comportamento diverso, secondo la quantità della sostanza colorante iniettata, e secondo l'ordine che è stato seguito, nel trattarli con il tripanblau, con l'antivirus e con il virus, rispettivamente.

Le cavie del II lotto, trattate dapprima con soli cmc. 2,5 di tripanblau, poi con l'antivirus,

ed infine con lo stafilococco, sono tutte sopravvisute. Questo comportamento ci pare possa essere interpretato in due maniere: o la sostanza colorante ha prodotto un'alterazione trascurabile nelle cellule recettive, che hanno potuto saturarsi di antivirus come di norma; o la scarsa quantità di tripanblau ha esercitato uno stimolo alla produzione di altre cellule del S. R. E., che hanno potuto compensare i deficit stabiliti.

Gli animali del III lotto, trattati dapprima con l'antivirus, poi con cmc. 7,5 di tripanblau ed infine, a 10 giorni dall'inizio dell'esperienza, con lo stafilococco, sono tutti morti. Si potrebbe ritenere, in questo caso, che le modificazioni cellulari di natura immunitaria indotte dall'antivirus, siano state annullate dalla successiva saturazione con la sostanza colorante. Oppure si potrebbe pensare che, mentre da una parte le cellule desensibilizzate dall'antivirus siano state veramente e totalmente paralizzate dal tripanblau, dall'altra le cellule neoformate durante il bloccaggio abbiano avuto tutto l'agio di entrare in reazione con gli stafilococchi iniettati al termine dell'esperienza.

Riguardo agli animali del IV e V lotto, in cui l'antivirus ed il virus furono iniettati quando già erano stati introdotti cmc. 8.5 di tripanblau, pensiamo che, con molta verosimiglianza, l'antivirus non abbia potuto saturare tanto le cellule recettive preesistenti, quanto quelle neoformate, alterate tutte dalla forte quantità di colore. Non è improbabile, però, che l'antivirus abbia agito in qualche maniera, sia pure in misura ridottissima sui sistemi cellulari. Ciò sembra essere sostenuto dal fatto che degli animali del IV gruppo, in cui l'antivirus fu iniettato due giorni prima dello stafilococco, due sono morti ed uno è sopravvisuto; mentre gli animali del V lotto, in cui virus ed antivirus furono iniettati contemporaneamente, sono morti entrambi. Anche il periodo di sopravvivenza (48 h), che è più lungo di quello degli animali del III lotto, sembra dimostrare un certo tentativo di difesa.

Queste ipotesi, qualunque sia il loro valore, non debbono essere sopravalutate, e non debbono essere considerate se non come un semplice saggio interpretativo dei fatti sperimentali osservati.

Per questa ragione, le esperienze da noi eseguite non consentono che le seguenti conclusioni:

1) È possibile un'antivirusterapia specifica nelle peritoniti sperimentali stafilococciche. È possibile, quindi, ottenere anche un'immunità locale peritoneale.

2) A sistema reticolo-endoteliale alterato, l'antivirus specifico perde quasi totalmente le sue proprietà protettive verso le peritoniti da stafilococco.

3) L'inefficacia dell'antivirus negli animali peritonitici a S. R. E. alterato significa, con grande verosimiglianza, che nei processi della immunizzazione locale entra in funzione il S. R. E. stesso.

4) Le nostre esperienze confortano le dottrine di Besredka, circa il meccanismo di azione degli antivirus.

RIASSUNTO.

L'A. ha riscontrato che, con l'uso endoperitoneale dell'antivirus specifico, è possibile proteggere le cavie da una peritonite stafilococcica mortale. Ha veduto inoltre che, a sistema reticolo-endoteliale alterato, l'azione dell'antivirus è negativa. Perciò pensa che, nel meccanismo dell'immunizzazione locale, entri in giuoco la funzione del S. R. E. Ciò concorda con le dottrine di Besredka.

BIBLIOGRAFIA.

ALDERSHOFF. *Ricerche in vitro concernenti la natura dell'antivirus di Besredka.* Nederl. Tijdschr. v. gen. 1929, T. 73.

BESREDKA. *Immunisation locale.* Masson, Paris, 1925.

ID. *Antivirusthérapie.* Masson, Paris, 1930.

BIOLATO. *Contributo alla teoria sulla specificità degli antivirus.* Minerva Medica, vol. I, n. 22, 2 giugno 1930.

CAPOCACCIA. *Sul concetto di blocco del sist. r. e.* Arch. di Biol., 1927.

CARRÈRE. *Étude expérimentale de l'immunité locale oculaire.* Annal. Pasteur, 1925.

FAVILLI. *L'anatomia, la fisiol., la fisiopat. del S. R. E.* Boll. dell'Ist. Sier. Milan. Fasc. IV, dic. 1927.

GALLENGA. *Ricerche sull'immunità locale dell'occhio coll'antivirus staf.* Bollett. d'oculistica, luglio 1928.

GASTEIGER. *Ueber Versuche mit dem Antivirus nach Besredka.* Klin. Monatsbl. f. Angenheilk., 1927.

GAY. Journ. of Immunology, gennaio 1923.

GOUSSARTCHIK. Cit. da BESREDKA.

GRINEFF e TCHOUIKO. *Contributo allo studio degli antivirus.* Wratchebnoie Delo, 1° genn. 1928.

KIJONO. Die Vitale Karminspeicherung. Jena 1914.

MARGINESU. *Ricerche sull'antivirus stafilococcico.* L'Igiene Moderna, gennaio 1928.

MARMOREK. Ann. Inst. Pasteur, 1896 e 1902.

METALNIKOW e TOUMANOFF. Ann. Inst. Past., 1925.

PEPERE. *Cenni sul sist. ret. istiocit.* in KAUFMANN: Trattato di Anat. Patol., Milano, Vallardi, 1929.

PIANESE. Elem. di Anat. Patol. Napoli, Arti Grafiche Russo, 1927.

SEIFERT. Klin. Woch., 1922.

SIGWART. Cit. da MARGINESU.

ZIVAGO. *Ueber die lokale Immunität nach Besredka.* Russ. Ophth. Journ., 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile di Macerata.

Primario chirurgo: Prof. L. Caravani.

Emoperitoneo da rottura sottocutanea isolata della vena iliaca

per il dott. Ugo Papa, aiuto-chirurgo.

Una tale lesione in seguito a trauma non è molto frequente. Forse ne esisteranno altri casi nella letteratura che le mie ricerche bibliografiche, incomplete, non mi hanno permesso di scoprire, ma, comunque sia, si tratta di una lesione eccezionale, tenuto anche conto del fatto che sono riportate come rare le rotture sottocutanee isolate dei vasi iliaci primitivi ed esterni, e che nei pochi casi pubblicati in genere era lesa sempre l'arteria, mentre la vena era integra o rotta insieme all'arteria. Invece nel mio caso la rottura interessava soltanto la vena iliaca esterna, si manifestò a distanza di 24 ore dal trauma, forse per caduta secondaria di un trombo parietale della parete venosa contusa e lacerata, e si rese evidente clinicamente, oltre con i sintomi generali di un'anemia grave progressiva, con il quadro locale di un voluminoso ematoma della fossa iliaca, successivamente rotto nella grande cavità peritoneale.

Sono tutti questi dati che conferiscono interesse al caso, che mi accingo a illustrare e la cui evoluzione clinica fu potuta seguire di momento in momento per il fatto che il malato venne ospedalizzato, appena colpito dal trauma.

Ho parlato di rottura sottocutanea in quanto mancavano lesioni della parete addominale e ho aggiunto isolata, poichè l'intervento chirurgico non dimostrò lesioni dei visceri addominali e l'indagine radiografica praticata in secondo tempo, mise in evidenza l'integrità del bacino.

Casi simili, ma nei quali come abbiamo detto, era lesa soltanto l'arteria, o l'arteria e la vena insieme, sono stati descritti da Schwartz (Maggio 1875), Ashurst (Agosto 1875), Fesq (ricordato da Tillaux), Forster (1879), Brummer (1891). Dubs (1921) fa una storia della questione riportando i casi antecedenti e riferendo un caso personale. Si trattava di un uomo di 44 anni, che in seguito a una contusione violenta sulla parte sinistra del bacino fu portato in ospedale con una grave sindrome di anemia da emorragia interna. Nella regione dell'arcata crurale sinistra si apprezzava una tumefazione, estendentesi fin verso l'ombelico; i battiti dell'arteria femorale sinistra non erano percepibili. All'intervento furono trovate lese tanto l'arteria che la vena iliaca esterna, che furono legate, ma il malato morì sul tavolo operatorio per la grave emorragia.

Jean (anno 1923) riporta un caso simile di rottura sottocutanea contemporanea dell'arteria e vena iliaca esterna. Egli riferisce i casi precedenti al suo e discute l'etiologia, il meccanismo e l'anatomia patologica di queste lesioni, facendo anche alcune considerazioni sul decorso clinico, sulla prognosi e sulla terapia chirurgica. Il mio caso si presta in proposito a molte considerazioni ed io le farò, non appena avrò riferita la storia clinica.

Uomo di 21 anni, manovale. Nulla nel gentilizio e nell'anamnesi personale remota. Viene condotto in ospedale la sera del giorno 26 ottobre 1932, perchè mezz'ora prima è stato investito per strada da un camion e una ruota gli è passata sul ventre e sulla radice della coscia destra. Il malato accusa dolore alla parte più esterna della fossa iliaca destra e alla radice della coscia, che tuttavia flette con facilità; non ha vomitato e, invitato a urinare, emette urina limpida. L'esame obbiettivo praticato al momento dell'ingresso in ospedale dà i seguenti dati:

Condizioni generali buone. Sensorio integro. Decubito indifferente. Nulla a carico dello scheletro degli arti, del torace e del bacino. Muscoli validi. Nutrizione e sanguificazione buone. Lingua umida. Respiro normale. Polso uguale, ritmico, 80, a buona pressione. Respiro costo-diaframmatico normale.

Nulla a carico degli organi toracici. Addome di forma e volume normali, simmetrico nei suoi vari quadranti, ben mobile con gli atti del respiro. Ecchimosi ed escoriazioni multiple si osservano sulla parte più esterna della regione inguino-addominale di destra, sulla radice della coscia destra, sul dorso del pene e sulla medietà della coscia sinistra. Questi dati, messi in rapporto con quanto raccontano il malato e i presenti all'investimento, ci dicono che la ruota è passata sul corpo dell'infermo con direzione obliqua d'alto in basso e da destra verso sinistra, e che la parte più schiacciata dal peso del camion è stata la fossa iliaca interna di destra, nella porzione più prossima al contorno osseo del bacino. La palpazione dell'addome nei suoi vari quadranti non provoca dolore nè difesa muscolare. Alla percussione non ci sono segni di liquido libero e l'aia di ottusità epatica si mostra conservata. Soltanto nella parte più esterna della fossa iliaca di destra, in prossimità della spina iliaca antero-superiore, si mette in evidenza una zona di ottusità, non spostabile, della grandezza di un uovo, mentre la palpazione della detta regione riesce negativa, provocando soltanto lieve dolore. I battiti dell'arteria femorale sono conservati. Non esistono segni clinici di frattura del bacino.

Il malato fu messo a letto con borsa di ghiaccio e tenuto a dieta lattea. Stette bene tutta la notte e la mattina appresso evacuò spontaneamente. L'esame obbiettivo restò invariato e tutto lasciava prevedere una guarigione spontanea, quando verso le ore 17 del 27, vale a dire a distanza di 24 ore dal trauma, il malato fu colpito improvvisamente da dolore violento alla fossa iliaca destra e da segni

gravi di anemia, da emorragia interna: deliquio, sete intensa, sensazione di freddo, pallore della cute e delle mucose, polso piccolo e assai frequente. Localmente l'esame obbiettivo dimostrò un'aumento dell'ottusità già riscontrata alla parte più esterna della fossa iliaca, un'esacerbazione del dolore provocato, una certa difesa muscolare. La palpazione non fece apprezzare alcuna tumefazione abnorme, mentre i battiti della femorale continuavano ad essere percettibili e l'arto inferiore si manteneva caldo e ben nutrito. In attesa di un orientamento diagnostico più preciso e per riparare allo stato di choc, in cui l'ammalato versava, furono praticate iniezioni eccitanti ed ipodermoclisi, mentre si osservava il malato di mezz'ora in mezz'ora. Nel periodo di un'ora l'infermo ebbe per altre due volte deliquio e d'altra parte si assistette all'aggravarsi dei sintomi di anemia e alla progressiva estensione dell'ottusità già riscontrata, nella fossa iliaca destra: ottusità non spostabile, che raggiunse il margine esterno del retto di destra. L'aumento locale della difesa muscolare non permise di apprezzare alcuna tumefazione; l'ascoltazione sulla zona di ottusità si mantenne negativa nei riguardi di eventuali rumori di soffio o di thrill, mentre i battiti della femorale continuarono ad essere normali. In presenza di fatti così gravi di anemia generale e del quadro locale sudescritto, non restava alcun dubbio circa la diagnosi: si trattava evidentemente di una rottura secondaria dei vasi iliaci esterni e, per la presenza dei battiti della femorale e l'assenza di disturbi circolatori a carico dell'arto, si poteva pensare che soltanto la vena fosse lesa. Si decise quindi l'intervento e, com'è naturale, si pensò di intervenire con il taglio classico extraperitoneale per la legatura dei vasi iliaci. Ma, pochi momenti prima che il malato venisse condotto in sala operatoria, si produsse un cambiamento notevole nel quadro obbiettivo sopradescritto: l'infermo fu colpito nuovamente da deliquio e accusò un'estensione del dolore a tutti i quadranti dell'adome.

Obbiettivamente si fu sorpresi di trovare la scomparsa della zona di ottusità sudescritta e la generalizzazione della difesa muscolare a tutti i quadranti dell'addome, difesa che, fin dall'inizio dell'accidente emorragico, si era mantenuta circoscritta alla fossa iliaca destra. Contemporaneamente comparve ai fianchi un'ottusità spostabile, ottusità, che per quanto cercata, non era stata messa in evidenza e che, una volta stabilitasi, aumentò di minuto in minuto. L'aia di ottusità epatica si dimostrò scomparsa. La diagnosi restava adesso assai incerta. Evidentemente esisteva un'emorragia interna ma sull'origine di questa si restava alquanto perplessi. Se all'inizio, per i sintomi di anemia progressiva, per l'assenza di fatti peritoneali e di liquido libero nella grande cavità addominale, per la presenza di un'ottusità progressiva e non spostabile della fossa iliaca di destra, per la sede del trauma, si poteva pensare a una rottura secondaria dei vasi iliaci esterni, e più precisamente della vena, dato che erano percepibili le pulsazioni dell'arteria femorale e che l'arto era ben nutrito; al momento dell'intervento, lo stabilirsi di un quadro peritoneale con difesa muscolare diffusa, liquido libero nella grande cavità addominale, e scomparsa dell'aia di ottusità epatica, lasciava alquanto perplessi circa la sorgente dell'emorragia stessa. Tenuto conto che non esistevano segni di lesione dell'arteria iliaca, che una contusione profonda difficilmente avrebbe lasciato integro il vaso arterioso ledendo invece la vena, che, anche ammessa una rottura isolata di questa, difficilmente un ematoma extraperitoneale tale, quale si era manifestato clinicamente nel nostro caso, sarebbe riuscito a rompere, in virtù della sua espansione progressiva, il sacco peritoneale, permettendo il deflusso di sangue nella grande cavità addominale; si pensò che la sorgente dell'emorragia potesse trovarsi dentro l'addome e per il coesistere del quadro emorragico e peritoneale, si ammise la rottura secondaria di uno dei grossi vasi dei meso, senza escludere la possibile coesistenza di uno scoppio secondario di un'ansa intestinale contusa dal trauma.

Intervento: narcosi eterea: taglio pararettale destro ampio. Nel cavo peritoneale è contenuta notevole quantità di sangue commista a grossi coaguli sanguigni. Le ultime anse del tenue appaiono integre, così pure il cieco e i loro meso. Divaricando fortemente il labbro esterno dell'incisione, si scorge un grosso ematoma della fossa iliaca interna. Il peritoneo parietale posteriore, che riveste tale fossa è contuso, lacerato in qualche punto. Attraverso tale lacerazione, che si rende più ampia, si svuota un grosso ematoma e così si vede fluire sangue a getto quasi continuo della vena iliaca esterna che presenta una rottura incompleta, sotto forma di ferita laterale longitudinale a livello della parte media del suo pecorso. Si pratica l'emostasi applicando due piccoli Klemmer sulla parete venosa. L'arteria iliaca pulsa bene. Le condizioni estremamente gravi, quasi agoniche, del malato, non permettono di tentare l'allacciatura e perciò si lasciano i due Klemmer a permanenza, circondati da striscie di garza iodoformica e si richiude parzialmente la parete. Fleboclisi.

Decorso post-operatorio. Il malato riprende lentamente, ma progressivamente. È apirettico, va di corpo spontaneamente in 2ª giornata, si sente in forze. L'addome è trattabile in tutti i quadranti; le condizioni di sanguificazione migliorano. In 4ª giornata, previa narcosi, si rimuovono i tamponi e, sotto il controllo della vista, si sfilano i Klemmer. L'emostasi è perfetta. Si tampona con striscie di garza iodoformica, che vengono rimosse in decima giornata. Guarigione per seconda intenzione dopo circa quaranta giorni. Nessun disturbo di nutrizione a carico dell'arto inferiore, fatta eccezione di un lieve edema osservato nei primi sei giorni.

Come dissi già, non ho trovato nella letteratura, casi di rottura sottocutanea isolata della vena iliaca esterna e tanto meno casi di emoperitoneo secondario a tale rottura, Nei sette casi riportati da Jean si tratta di rottura dell'arteria solo o dell'arteria e della vena insieme, e i sintomi variano secondo che il trauma interessi oppur no la totalità delle tuniche.

1) Se sono lese soltanto le tuniche interna e la media, la trombosi è inevitabile e si osservano segni di ischemia dell'arto inferiore per obliterazione arteriosa, immediati o ritardati, variabili con la sede del segmento trombosato e con le loro gravi conseguenze per la vitalità dell'arto

Complicazione possibile, ma ancora non descritta, di questi casi è, secondo Jean, la perforazione tardiva dell'arteria a livello della zona contusa e gli ematomi arteriosi ad evoluzione lenta.

2) Un secondo gruppo di casi è rappresentato da quelli, nei quali, per rottura di tutte e tre le tuniche, si forma rapidamente un enorme ematoma, che scolla a distanza il peritoneo dal bacino fino al diaframma. Si osservano allora. subito dopo l'accidente, tutti i segni di un'emorragia grave, e i sintomi locali d'una raccolta sanguigna voluminosa della fossa iliaca destra, aggiunti ai segni d'ischemia dell'arto inferiore.

Come si vede, in tutti questi casi la lesione dell'arteria domina il quadro morboso e di conseguenza i disturbi di nutrizione dell'arto inferiore si impongono come manifestazione clinica dell'avvenuta rottura.

Nel mio caso l'intervento dimostrò la perfetta integrità del vaso arterioso già clinicamente dedotta dalla normalità dei battiti della femorale e dalla perfetta nutrizione dell'arto. Il lieve edema dei tegumenti, che scomparve dopo pochi giorni, era certamente in rapporto col disturbo temporaneo della circolazione di ritorno, forse ostacolata dallo stabilirsi di una obliterazione parziale del lume del vaso, su cui applicai i Klemmer; e dico parziale perchè la rapida scomparsa dell'edema stesso, sta a indicare che la trombosi fu soltanto parietale, dato che il circolo collaterale (anastomosi tra i perforanti e i vasi ischiatici) non poteva stabilirsi così rapidamente. Il sintoma obbiettivo unico, in un primo tempo fu la presenza di una piccola zona di ottusità nella parte più esterna della fossa iliaca.

Ora il volume di Le Dentu e Delbet sulle malattie delle vene e dei linfatici dice che le contusioni dei grossi tronchi venosi producono infiltrazioni sanguigne disseminate irregolarmente in tutto lo spessore della parete venosa, e che la parete così alterata può secondariamente mortificarsi e cadere determinando un'emorragia tardiva grave.

Si può pensare perciò che nel mio caso la piccola zona di ottusità, osservata subito dopo il trauma, corrispondesse a lesioni consimili della parete della vena iliaca esterna e a un piccolo ematoma perivenoso, e che successivamente, per caduta di un trombo parietale della parete venosa, questo si sia sviluppato progressivamente fino a raggiungere le dimensioni dell'ematoma osservato nei casi riportati da Jean. Sorge la quistione della possibilità che un tale ematoma possa, per il suo sviluppo progressivo, rompersi nel peritoneo, com'è avvenuto nel mio caso. Non mi pare lecito ammettere tale eventualità, perchè si sa a quale pressione suole resistere il peritoneo normale, grazie ai suoi poteri di elasticità. È da pensare perciò che anche la sierosa fosse stata scontinuata dal trauma; e che, in secondo tempo, la ripresa dell'emorragia e l'aumento notevole di tensione abbiano permesso, attraverso un peritoneo già lacerato la rottura dell'ematoma sottoperitoneale nella grande cavità addominale. Infatti la manifestazione clinica di liquido libero nell'addome coincise con la scomparsa dell'ottusità progressiva e fissa, dimostrata nella fossa iliaca.

Poche considerazioni ancora sull'etiologia, sul meccanismo e sulla terapia di queste lesioni.

Concordo con Jean che si tratta quasi sempre di traumi violenti dell'addome (nel nostro caso schiacciamento sotto la ruota di un camion) che producono contusione diretta dei vasi. Infatti l'agente traumatico ha avuto in tutti i casi osservati il suo massimo d'azione localizzato su una superficie poco importante dell'addome, appartenente quasi sempre a una delle fosse iliache interne. Nel nostro caso le ecchimosi riscontrate indicavano la direzione avuta dalla ruota, nel passare sopra il corpo dell'infermo e tale tragitto, insieme all'assenza di lesioni dei visceri addominali, riscontrata al tavolo operatorio, dimostra che il trauma agì sulla parte più esterna della fossa iliaca interna. Nel mio caso, come negli altri, il vaso si ruppe perchè fu schiacciato tra il corpo contundente e lo stretto superiore del bacino. Sotto l'influenza del trauma, gli organi mobili, come gli organi intraperitoneali della fossa iliaca o elastici, come la parete addominale, si lasciano allontanare o deprimere, senza essere lesi, ed il vaso applicato intimamente contro lo stretto superiore del bacino da uno sdoppiamento della fascia iliaca, che lo fissa al bordo interno dello psoas contratto per lo stato di difesa, non può sfuggire davanti all'agente traumatico e si rompe.

La prognosi è sempre grave. Dei 7 casi riferiti, uno solo, quello di Brummer, ha sopravvissuto. La morte è sopravvenuta negli altri per gangrena dell'arto o per emorragia. Nel mio caso l'arteria era integra e quindi mancarono i disturbi di nutrizione a carico dell'arto, e in quanto all'emorragia sebbene assai grave, fu potuta arrestare perchè sopravvenne e in secondo tempo, e in un malato già ospedalizzato. L'emostasi operatoria anche in caso di rottura della sola vena, come nel mio caso, non è sempre facile per l'imponenza dell'emorragia. Nessun dubbio che la legatura della vena sopra e sotto la lesione era da tentare, ma le condizioni quasi agoniche del

malato non mi permisero ulteriori manovre e l'emostasi con la forcipressura fu buona e non provocò alcuna complicanza secondaria.

Nei casi di rottura completa dell'arteria Jean consiglia l'incisione extraperitoneale tipo Farabeuf e la legatura dei due capi da preferirsi alla sutura, mentre, se la rottura è incompleta, per ovviare agli accidenti di trombosi dice indicata l'arteriotomia seguita da legatura dei due capi.

RIASSUNTO

L'A. riferisce un caso di rottura sottocutanea isolata della vena iliaca esterna, consecutiva a trauma per contusione diretta della fossa iliaca interna. L'interesse del caso, a parte la rarità della suddetta lesione, è dato dal fatto che la rottura si rese evidente a distanza di 24 ore dal trauma e si manifestò con un ematoma della fossa iliaca interna, successivamente rotto nella grande cavità peritoneale, e senza disturbi di nutrizione a carico dell'arto inferiore.

BIBLIOGRAFIA.

ASCHURST. Philadelphie med. Times, 1875.
BRÜMMER. Deut. militär. Zeit., 1891, pag. 427.
DUBS. Münchener medizinische Wochenschrift, 1921, vol. 68, pag. 614.
FORSTER. The Lancet, 1879, t. II, pag. 353.
FESQ. Bollettino e Memorie della Società di Chirurgia di Parigi, 1876, pag. 640.
LE DENTU e DELBET. *Malattie delle vene e dei linfatici*, 1928.
SCHWARTZ. Boll. Società di anat. di Parigi, 1875.
JEAN. Journal de Chir., vol. 21, pag. 303, 1923.

RIVISTE SINTETICHE

Paratiroidi, ricambio del calcio e malattie delle ossa nei loro rapporti con l'equilibrio acido-base.

Dott. G. LA CAVA.

Il continuo evolversi dei concetti della fisiologia e della patologia, la costante, giornaliera acquisizione di fatti e fenomeni nuovi e delle leggi che li governano, l'applicazione su larga scala dell'esperimento, spinto e guidato dalla Clinica e che alla Clinica rende moltiplicati i frutti delle sue osservazioni, hanno portato ormai la scienza medica alla constatazione di fenomeni e correlazioni interorganiche finora insospettate, e che hanno del meraviglioso.

Certo che a chi si dimostrasse scettico dei risultati raggiunti dalla nostra scienza nella sua evoluzione quotidiana, potrebbero essere portati ad esempio questi ultimi studi, attraverso i quali è stato possibile, mediante l'estirpazione di una ghiandola piccolissima, tanto piccola che il ritrovarla riesce spesso difficile, curare e guarire una malattia dell'apparato scheletrico col quale nessuna apparente relazione essa ghiandola ha. E tutto ciò è scaturito dalla costante osservazione clinica, dall'esperimento paziente, dalla geniale coordinazione di cognizioni apparentemente disparate.

* * *

Il primo ad attirare l'attenzione degli studiosi sulle paratiroidi e sulla loro funzione fu il nostro Vassale. Dopo di lui una schiera di ricercatori si è accanita nella ricerca della soluzione dell'appassionante problema della fisiologia e patologia delle paratiroidi, ma ciònonostante non si può ancor oggi dire che la questione sia stata posta in piena luce. Il fatto si è che la sperimentazione urta in questo caso contro ostacoli talvolta insormontabili: chè, mentre la sindrome da insufficienza paratiroidea è facile a riprodursi sperimentalmente, non altrettanto può dirsi della sindrome da iperparatiroidismo, non avendo l'innesto di questa ghiandola dato che risultati mediocri e di breve durata. Ed è forse anche per questo che la data d'introduzione nella clinica del concetto di iperparatiroidismo è relativamente recente e le sue manifestazioni non sono ancora ben raggruppate.

Chi per primo sospettò la possibilità di stretti rapporti fra lesioni paratiroidee e disturbi della calcificazione e della osteogenesi fu Erdheim (1906). A dire il vero nel 1904 Askanazy aveva già descritto in un caso di osteite deformante la presenza di un tumore che faceva corpo con la tiroide, ma che per l'origine doveva ricondursi alle paratiroidi: il suo caso però passò inosservato. Erdheim invece, prendendo lo spunto per le sue ricerche sperimentali da

un caso di osteomalacia con ipertrofia notevolissima di tre paratiroidi, notò come i ratti parzialmente paratiroidectomizzati presentassero, dopo qualche mese dall'operazione, alterazioni costanti del processo di normale calcificazione dei denti e grande tendenza alle fratture. Autotrapiantando in questi stessi animali le paratiroidi appena estirpate tali disturbi non si manifestavano. Contemporaneamente Erdheim notò in questi animali paratiroidectomizzati difetto di calcificazione delle ossa in via di formazione e diminuzione del contenuto in calcio delle ossa già formate. Pensò allora alla possibilità di rapporti fra rachitide spontanea dei ratti e paratiroide e constatò infatti nei ratti rachitici una notevole ipertrofia delle paratiroidi.

Egli considerò tale fenomeno quale effetto, non causa della rachitide, nel senso che la ipertrofia insorgerebbe all'inizio dei disturbi della calcificazione ossea e scomparirebbe al termine del processo di guarigione della malattia.

Continuando nella brillante serie delle sue esperienze e riprendendo in parte i concetti di Canal, Erdheim potè dimostrare negli animali paratireoprivi un'alterazione del normale processo di riparazione delle fratture con ritardo e talvolta anche impedimento alla formazione del callo osseo.

Tali alterazioni consistevano essenzialmente in una diminuzione della energia di sviluppo del callo ed in un arresto della calcificazione di esso, mentre si notava un eccesso di produzione cartilaginea: alterazioni che ricordano molto da vicino quelle che si hanno nei calli di frattura nel rachitismo e nell'osteomalacia umana.

L'indirizzo alle ricerche era ormai dato: queste si estesero ai vari campi della patologia ossea sperimentale ed umana, coinvolsero ricerche più accurate sul ricambio del calcio, sulle alterazioni di esso nelle varie disendocrinie, mettendo in evidenza fatti nuovi e coincidenze suggestive. Riassumere in breve queste ricerche è arduo; tanto più che non sempre i dati sperimentali e le concezioni che da essi i vari Autori detraggono, coincidono secondo un ordine logico. Cercherò ad ogni modo di darne un'idea il più possibile chiara e quindi necessariamente schematica.

Sperimentalmente, la sindrome da *insufficienza paratiroidea* è caratterizzata da: *tetania* per ipereccitabilità neuro-motrice, a cui si aggiungono *disturbi trofici* importanti, quali ulcerazioni cutanee, caduta dei peli, lesioni dentarie, scarso e difettoso sviluppo delle ossa, fragilità di esse, ritardo del consolidamento della frattura, nanismo, fenomeni di deposizione calcica nei vari organi (polmoni, arterie, reni) calcolosi renale ed anche una vera e propria cataratta spérimentale: il dimagramento è la regola.

Lo studio biochimico mette in evidenza il disturbo dei vari metabolismi: l'equilibrio acido-base è rotto, avendosi alcalosi negli intervalli fra le crisi tetaniache ed acidosi subito dopo le crisi. Il tenore in fosforo del sangue è nettamente aumentato (ipersfosfemia).

Ma un fatto particolarmente costante è l'*ipocalcemia* notevole: furono MacCallum e Voegtlin nel 1909 a dimostrare una diminuzione del calcio nel siero, dopo paratiroidectomia: tale ipocalcemia era accompagnata da aumento della escrezione del calcio: pensarono che questa aumentata eliminazione fosse la causa primitiva della ipocalcemia; ma Steward e Percival e nel 1925 Greenwald e Gross dimostrarono, mediante ricerche più accurate, che dopo paratiroidectomia la eliminazione del calcio, sia con le urine che con le feci, è ridotta.

In quanto poi alla genesi della tetania, l'idea che questa sia dovuta al contenuto del sangue in guanidina, appare poco probabile e resta ad ogni modo ancora da dimostrare.

Nella *riproduzione sperimentale* dell'*iperparatiroidismo* i vari ricercatori hanno incontrato difficoltà non lievi: l'innesto di paratiroidi dà infatti risultati mediocri, in quanto la ghiandola innestata solo per breve tempo agisce ed in seguito viene riassorbita. Migliori risultati si ottengono mediante la somministrazione dell'ormone paratiroideo isolato da Collip e da lui chiamato *paratormone*.

Il primo e principale effetto della somministrazione di estratto di Collip è l'*aumento della calcemia*, tanto che su tale variazione ematologica è basato il criterio di controllo dell'estratto stesso.

Concomitante alla ipercalcemia è *l'ipercalciuria* e l'*ipercalcia fecale*: l'eliminazione renale del calcio è però di molto superiore alla eliminazione intestinale.

Il fosforo è diminuito nel sangue (*ipofosfemia*) mentre è invece aumentato nelle urine (*iperfosfaturia*); e in minor grado nelle feci: ma se il paratormone viene somministrato a lungo o ad alte dosi si ha iperfosfemia invece di ipofosfemia.

Si nota inoltre nell'iperparatiroidismo: diminuzione della massa sanguigna con aumento di viscosità del sangue, aumento dell'azoto ureico, diminuzione del punto crioscopico senza variazione della glicemia nè del potere di fissazione del CO^2, aumento della eliminazione di azoto nelle urine e nelle feci.

Gli effetti del paratormone sul bilancio calcico si spiegherebbero bene attribuendo all'ormone paratiroideo la proprietà di mobilizzare le riserve calciche dall'osso verso gli emuntori renali. Jaffé e Bodansky produssero una tipica osteite fibroso-cistica negli animali sottoposti per sei mesi a trattamento con paratormone. Si aiutarono con una dieta bassa in calcio, evitando così il pericolo della ipercalcemia da iperdosaggio con paratormone. Al-

terazioni molto simili, anche radiologicamente, a quelle della osteite fibrosa cistica, hanno ottenuto, mediante somministrazione di paratormone nelle cavie, Marx (1932) e Mandl e Nebelhör (1933). Queste ricerche non sono confermate da quelle recentissime di P. Frugoni (1933): questo A., dall'insieme delle sue esperienze conclude che la cavia è animale se non del tutto insensibile, certo assai poco sensibile al paratormone. L'iperdosaggio con questo non dà luogo in tale animale a nessuna manifestazione morbosa, per quanto accuratamente ricercata, e tanto meno a sindromi simili al M. di Recklinghausen. Consiglia quindi di scartare la cavia come animale da esperimento in questo genere di ricerche. D'altra parte Bauer, Aub e Albright videro che nei conigli trattati con paratormone un gran numero di trabecole della spugnosa erano sparite, mentre la corticale appariva intatta: conclusero che è appunto la spugnosa dell'osso che funziona da serbatoio del calcio, mentre la corticale è risparmiata, almeno da principio, nel processo di mobilizzazione. D'altra parte Greenwald ha dimostrato come l'ipercalcemia non sia in dipendenza dell'alimentazione, manifestandosi essa anche con dieta ipocalcica: bisognerebbe dunque ammettere una specie di drenaggio del calcio dalle ossa verso il sangue.

La sintomatologia tossica da paratormone si manifesta con vomito, anoressia, disappetenza, sonnolenza volgente al coma, atonia generalizzata e collasso circolatorio: la morte avviene in coma, con forte ipercalcemia (20-21 mgr. ‰) e in stato di acidosi. Gli animali sono disidratati, il sangue diviene molto concentrato ed è difficile separarne la parte corpuscolata: presenta inoltre notevole tendenza alla coagulazione.

Nell'uomo si ebbe, per errore, ipercalcemia artificiale in un solo caso: si notò disappetenza e nausea, ma null'altro di anormale. L'autopsia di animali morti in fase ipercalcemica ha dimostrato deposizioni calcaree nelle ghiandole del fondo dello stomaco, nella tiroide, nei polmoni, reni, cuore. Secondo Aub esiste una immunità all'estratto paratiroideo, nel senso che l'azione di questo varia secondo gli individui.

Steward e Percival dall'insieme delle loro osservazioni tendono a concludere che l'ipercalcemia non è dovuta nè ad alterato assorbimento intestinale nè ad alterata escrezione. Le paratiroidi agirebbero regolando il quoziente Ca *non diffusibile*: Ca *diffusibile* nel senso di un aumento della porzione diffusibile, sicchè i tessuti molli cederebbero il loro calcio al sangue e se ne rifornirebbero a spese del tessuto osseo, i cui fosfati terrosi sono quelli che in ultima analisi vengono mobilizzati dall'increto paratiroideo. Queste ricerche sono in parte confermate da quelle di Leopold e Reuss i quali hanno trovato negli animali trattati col paratormone impoverimento di calcio nelle ossa e aumento nelle parti molli. Si dovrebbe dunque pensare che l'ormone paratiroideo produca non un aumento d'intensità del metabolismo calcareo, ma solo una più facile mobilizzazione del calcio dai depositi ossei. L'ormone paratiroideo agirebbe poi sull'equilibrio elettrolitico del sangue, aumentandone il contenuto in calcio ma diminuendo il sodio e più ancora il potassio, sì che il quoziente Ca : k aumenta notevolmente (Condorelli).

E' opportuno, giunti a questo punto, esporre in breve i principali dati riguardanti il

RICAMBIO DEL CALCIO.

Il calcio è essenziale alla vita di piante ed animali e, sotto forma di carbonati e fosfati, costituisce uno dei più importanti composti del suolo. Il calcio alimentare è contenuto principalmente nel latte, formaggio, burro, uova, verdura e noci.

Assorbimento. — Il Ca esiste nel nostro cibo in combinazione organica ed inorganica. E' probabile che gli scambi digestivi lo trasformino interamente in inorganico, sì che esso viene riassorbito sotto forma di sali-calcio più o meno jonizzati. L'azione dei carbonati dei succhi digestivi trasforma una parte del calcio ingerito in carbonati insolubili che non vengono assorbiti e sono eliminati con le feci. Il cloruro di calcio è maggiormente assorbito del lattato, e la calcemia aumenta. Per l'assorbimento del Ca importante è l'azione del potassio e del magnesio, ma più ancora lo è quella del fosforo, perchè il fosfato di calcio è insolubile. Anche il grasso ha importanza notevole per il suo alto contenuto in vitamina D, che sembra sia il fattore più importante nel regolare l'assorbimento del calcio, per quanto il suo meccanismo d'azione non sia ancora ben conosciuto.

Eliminazione. — Ha luogo attraverso il crasso ed in minor grado attraverso il rene: a dieta normale il calcio fecale è costituito dal *Ca* alimentare eccessivo e non assorbito e dal *Ca*, precedentemente riassorbito, che viene eliminato attraverso l'intestino. Una dieta acidificante (composta cioè di pane, carne, maccheroni, riso, grassi, escluso il latte, le verdure, la frutta) raddoppia la normale eliminazione renale del calcio ed aumenta l'acidità e il contenuto in ammoniaca delle urine. Se tale dieta viene neutralizzata con bicarbonato di sodio, questi segni spariscono. Ciò significa che l'aumentata eliminazione renale del calcio è dovuta all'eccesso acido della dieta. Quando l'acidosi è provocata mediante larghe dosi di cloruro di ammonio si nota anche grande aumento della eliminazione del calcio attraverso le urine ma non attraverso le feci. Il grado di risposta varia secondo gli individui.

Calcemia. — Come valore normale è accettato dai vari AA. il 10.5‰. Le emazie non contengono calcio. Esso è invece presente nel plasma sanguigno sotto tre forme: 1) composto organico non diffusibile, non jonizzato (45 %) fisiologicamente inattivo, e lassamente combinato alle proteine: costituisce il calcio di riserva ed è in relazione con la concentrazione proteica e con l'equilibrio acido-base.

2) composto inorganico, diffusibile, dializzabile, non jonizzato (35%): il suo valore è regolato dalla funzione paratiroidea.

3) joni calcio liberi (20%): dipendono dall'equilibrio acido-base. Gli ultimi due valori rappresentano la parte fisiologicamente attiva della calcemia, e da essi dipendono le fluttuazioni di questa nei casi in cui il metabolismo calcico è alterato. Le alterazioni fisiologiche più evidenti si hanno durante la gravidanza e sono dovute al drenaggio del calcio dai tessuti materni per rispondere alle esigenze del feto.

Calcio nei tessuti. — Tutti i tessuti ne contengono: il fosfato di calcio costituisce l'80% del contenuto minerale delle ossa, alla cui formazione prendono parte anche il carbonato di calcio e il fosfato di magnesio. Il latte umano contiene 42 mgr. di calcio (diffusibile e non diffusibile) ogni 10 cc.

Funzione del calcio. — L'osso non è soltanto una struttura di sostegno, ma è anche un importante serbatoio di calcio e di fosforo. Anche quando lo sviluppo è completo i sali dell'osso sono continuamente mobilizzati e rinnovati e non sono mai continuamente fissati. Oltre che per lo sviluppo e la conservazione dello scheletro, il Ca ha importanza ancora, insieme con gli altri joni, nel mantenere nel sangue e nei tessuti un esatto equilibrio, sì che venga regolato il grado di irritabilità dei nervi e dei muscoli. In tal modo gli joni Ca aiutano a controllare il battito cardiaco, la contrattilità dei muscoli lisci e striati e gli impulsi neuro-muscolari, tendendo in generale a diminuire l'irritabilità dei tessuti in cui essi sono contenuti. Importante funzione è quella di favorire la formazione del coagulo trasformando la protrombina in trombina. Ogni fatto che diminuisce il contenuto in calcio del sangue, impedisce o ritarda la coagulazione. La coagulazione ritardata dell'emofilia può teoricamente essere attribuita a deficienza in calcio del plasma, ma ciò non è ancora dimostrato.

Intimamente legato con il metabolismo del Ca e da esso quindi difficilmente scindibile in una trattazione dell'argomento è il

Ricambio del fosforo.

Nelle osteopatie il ricambio del fosforo ha almeno altrettanta importanza quanto il ricambio del calcio. Molte delle variazioni dei fosfati del sangue sono da mettere in rapporto a scambi secondari nel ricambio del calcio: vi è spesso relazione reciproca, per quanto relativa, fra questi due componenti.

Il fosforo è ingerito come nucleo-proteina (carne), fosfo-proteina (latte), lecitine (uovo), e come fosfato inorganico. Si trova nel sangue allo stato inorganico, ma anche combinato con radicali acidi. Circa 1/12 del fosforo totale è presente come fosfato inorganico: la fosfemia si aggira normalmente fra 2.5 e 3-5 mgr. per 100 cc.

Funzioni del fosforo. — I composti del fosforo prendono parte a quattro importanti processi metabolici. Essi sono essenziali per il deposito e l'utilizzazione dei carboidrati, entrano negli scambi chimici che precedono la contrazione dei muscoli, sono legati all'equilibrio acido-base, e sono importanti per la deposizione dell'osso. Il meccanismo fisico-chimico della ossificazione è poco chiarito. Freudenberg e György credono che la proteina della cartilagine formi un composto di calcio in virtù del suo gruppo acido e che il composto risultante, avendo una preponderanza sul gruppo basico, si combini con gli joni fosfati: con il complesso calcio-proteina-fosfato così formato si giungerebbe alla deposizione di fosfato di calce insolubile ed alla deposizione della proteina primitiva.

Holt, La Mer, Chown (1925) credono che il siero sanguigno sia da considerare come una soluzione ipersatura di fosfato di calce terziario e che il plasma che forma la matrice ossea, in cui è presente fosfato di calcio solido, dia subito il suo *surplus* e renda possibile l'accrescimento dell'osso.

La teoria di Robinson (1926) sulla eventuale funzione delle fosfatasi è stata confermata dalle ricerche di Kay.

Le fosfatasi. — Sono enzimi che idrolizzano gli eteri fosforici quali i glicerofosfati, gli esofosfati e i pirofosfati dei muscoli. Molti di questi eteri formano sali di calcio solubili. Tali eteri sono largamente distribuiti nei tessuti dei mammiferi (plasma e cellule rosse del sangue, corticale del rene, mucosa intestinale, nelle ossa subito al disotto del periostio).

Le ossa giovani ne contengono maggior quantità che le ossa adulte, ancora di più ne contengono le ossa fetali. Il rene fetale invece ne contiene di meno del rene adulto. Nel plasma le fosfatasi si ritrovano in quantità di 0.15 mgr. per 1 cmc. Tale quantità è aumentata (oltre che nei bambini) nell'osteite deformante, nella osteite fibrocistica generalizzata (non nella monostotica), nella rachitide.

Il meccanismo della ossificazione è interpretato da Robinson come funzione delle fosfatasi. Secondo questo A., infatti, gli osteoblasti e le cellule della cartilagine ipertrofica secernono una fosfatasi molto attiva, la quale, idrolizzando gli eteri fosforici del plasma, porta ad un aumento locale della concentrazione

degli joni fosfati. Aumenta così il prodotto di solubilità del fosfato di calcio terziario e si ha deposizione di questo sale nella zona di ossificazione. Questa azione delle fosfatasi è forse quella che regola anche il meccanismo di mantenimento e riparo dell'osso adulto.

Vari dati confermano questa opinione: specialmente quello che, in alcune malattie generalizzate delle ossa e, quasi senza eccezione, solo in queste, il contenuto in *fosfatasi* del sangue è aumentato.

Per quanto riguarda il mèccanismo di assorbimento pare accertato che ogni etere fosforico del cibo è completamente idrolizzato dalle fosfatasi del succo intestinale e della mucosa prima di essere riassorbito nella corrente sanguigna.

Le paratiroidi nella clinica.

Le manifestazioni cliniche di alterazione delle paratiroidi vanno necessariamente suddivise in due grandi classi, a seconda cioè che sia in giuoco una insufficienza della ghiandola od una iperfunzione di essa. A dir vero le condizioni per le quali le due opposte sindromi si verificano non sono eguali: chè, mentre la sindrome da insufficienza paratiroidea è nella maggior parte dei casi artificiale, dovuta cioè ad estirpazione parziale o totale delle paratiroidi, il più frequentemente nel corso di una operazione per gozzo la sindrome da iperfunzione paratiroidea è quasi sempre spontanea, nè la sua vera causa è conosciuta. Ed è forse appunto per ciò che la insufficienza paratiroidea è molto meglio delimitata nelle sue manifestazioni che non lo sia la sindrome da iperfunzione, la quale sembra invece debba essere considerata la base su cui si impianta un determinato gruppo di malattie che verremo man mano esponendo.

Che una qualche relazione fra malattie delle ossa e paratiroidi esistesse era cosa nota già da vàri anni. E' infatti del 1904 il primo caso di Askanazy e del 1906-7 gli otto casi di osteomalacia descritti da Erdheim e nei quali erano dimostrabili alterazioni a carattere ipertrofico ed iperplasico delle paratiroidi.

Vennero in seguito numerosi altri casi, descritti da vari AA., nei quali alterazioni ossee quali quelle dell'osteomalacia, rachitide, morbo di Barlow, erano accompagnate ed alterazioni delle paratiroidi che si presentavano sedi di adenomi o erano aumentate di volume, iperplasiche, con aumento delle cellule ossifile ed anche del tessuto connettivale di sostegno. Così anche alterazioni delle paratiroidi furono riscontrate in altre malattie sistematiche delle ossa quali l'osteoporosi senile, l'osteomalacia giovanile, l'osteopsatirosi, il morbo di Paget (Maresch, Todyo, Askanazy), nei sarcomi multipli e a cellule giganti delle ossa (Gunter), nella carcinomatosi ossea (Klemperer), ma più che altro nella osteite fibrocistica generalizzata (Mayer, Maresch, Hartwich, ecc.).

Una tale abbondante messe di dati clinici in favore di una stretta relazione fra paratiroidi e malattie delle ossa, necessitava una interpretazione e questa non poteva venire che dall'esperimento. E fu così che Erdheim, basandosi sui dati sperimentali da lui ottenuti e di cui abbiamo già parlato, fu condotto ad ammettere che le alterazioni ossee fossero dovute ad insufficienza paratiroidea, interpretando l'iperplasia paratiroidea riscontrata negli individui affetti da osteopatie, quale effetto, non causa della alterazione ossea: in sostanza, una iperfunzione reattiva compensatoria da parte della ghiandola. Questo concetto, che fu da molti AA. accettato e confermato, trovò oppositori accaniti, fra cui principalmente il Collip, il quale, basandosi sui dati delle esperienze sue e di altri AA., nelle quali si era riusciti ad ottenere alterazioni ossee mediante la somministrazione del paratormone dal Collip stesso isolato, concludeva doversi le alterazioni delle varie osteopatie riportare ad una iperfunzione, non ad una insufficienza delle paratiroidi.

La clinica fu, anche questa volta, giudice supremo nello stabilire quale delle due teorie più si avvicinasse al vero. Ed infatti i tempi erano ormai maturi perchè si cominciasse a pensare seriamente alla opportunità di un intervento chirurgico in quelle malattie delle ossa, che potessero essere sospettate quali aventi una certa relazione con alterazioni delle paratiroidi. E' così che Weil propone in tali casi l'indicazione delle paratiroidi e Schlagenhaufer nel 1915 considera l'opportunità, nei casi di osteite fibrosa, di un intervento esplorativo, onde riscontrare l'eventuale presenza di un tumore paratiroideo ed, in tal caso, asportarlo.

Ma è solo nel 1925 che Mandl, seguendo il concetto di Erdheim, trapianta, in un caso di osteite fibroso-cistica, quattro paratiroidi umane prelevate da un individuo morto in seguito ad un incidente. Sorpreso di non notare alcun miglioramento, anzi verificandosi un peggioramento dell'ammalato così trattato. Mandl cambia strada e, per quanto non trovi alcun segno obiettivo netto di una alterazione delle paratiroidi, non esita ad esplorarle e trova un adenoma paratiroideo, in via di trasformazione maligna. Asportatolo, in breve tempo il malato guarisce. Una conclusione s'imponeva: l'iperplasia adenomatosa era alla base del disturbo osseo.

Dopo questa prima osservazione di Mandl, i casi descritti si moltiplicano (fra cui quello recentissimo e dimostrativo di Alessandri e Frugoni): si studiano i *tests* umorali, le modificazioni del metabolismo calcico e fosforico e nello stesso tempo fioriscono una serie di ricerche sperimentali, tutte tendenti a stabilire

quale possa essere il meccanismo intimo dei rapporti fra paratiroidi ed un determinato gruppo di malattie, che si va oggi sempre più allargando, ma la cui unicità anatomo-clinica è men che sicura. Si potrebbe tutt'al più parlare di unicità biochimica, essendo una caratteristica necessaria per questo gruppo di malattie quella dell'*ipercalcemia.*

Il Liévre, in una sua ampia monografia riassuntiva sull'argomento, propone una suddivisione delle osteodistrofie in 3 gruppi:

1) il m. di Paget, nel quale si ha calcemia normale e manca qualsiasi interessamento del sistema paratiroideo;

2) le distrofie calcioprive (da carenza) accompagnate di solito da ipocalcemia, con tetania latente o manifesta;

3) un gruppo di casi, che egli denomina *osteosi paratiroidee* (da iperfunzione), per la maggior parte casi tipici di m. di Recklinghausen e la cui caratteristica principale è l'ipercalcemia.

La classificazione è tutt'altro che soddisfacente: infatti non tutti gli AA. sono d'accordo, p. e., sul fatto che nel m. di Paget le paratiroidi siano completamente fuori causa; Sainton, ad es., è unicista ed insiste sull'esistenza di forme di transizione fra Recklinghausen e Paget, ed, in particolare, sull'aspetto di questi malati, in cui il cranio e le clavicole hanno aspetto pagetico, mentre il bacino ha l'aspetto caratteristico dell'osteite fibro-cistica: con ciò non si vuol dire che la causa del m. di Paget sia sicuramente o costantemente un'alterazione delle paratiroidi, si vuole soltanto mettere in evidenza come i confini non siano tanto netti come li vorrebbe il Liévre.

Volendo dunque restare nel dominio del relativamente certo una sola suddivisione di queste malattie è possibile ed è quella basata sul criterio biochimico e cioè il comportamento della calcemia in questi malati: è questo infatti il dato più sicuro sull'esistenza o meno di un disturbo funzionale ed eventualmente anatomico delle paratiroidi: e lo confermano concordemente le numerosissime ricerche di cui abbiamo finora parlato, che dimostrano come l'iniezione di paratormone provochi *sempre* ipercalcemia, mentre l'estirpazione delle paratiroidi provoca sempre ipocalcemia e questa scompare con l'iniezione di paratormone o con il trapianto di paratiroidi. E' opportuno dunque distinguere malattie (non solo osteopatie) ipocalcemiche e malattie ipercalcemiche; ricordando però che *ipocalcemia* non significa necessariamente *ipoparatiroidismo*, essendo il contenuto in calcio del sangue funzione anche dell'assorbimento intestinale come anche iperparatiroidismo può non significare sempre ipercalcemia, come starebbero a dimostrare i casi di Erdheim, di ipertrofia paratiroidea in osteomalacici in cui si ha di solito ipocalcemia: fatto questo che resta senza spiegazione per chi non ammette la teoria di Erdheim che sia in giuoco in tali casi una ipertrofia compensatoria della ghiandola.

E tale distinzione fra malattie ipo- ed ipercalcemiche è tanto più necessaria se si pensa che il gruppo delle malattie aventi a base un aumento della secrezione dei corpuscoli epiteliali delle paratiroidi va ogni giorno sempre più allargandosi, come lo stanno a dimostrare le ricerche di Leriche ed altri AA., comprendendo malattie che con le osteopatie poco hanno apparentemente a che vedere, quali la sclerodermia ed alcuni tipi di artrite anchilosante.

MALATTIE IPOCALCEMICHE.

Ipoparatiroidismo spontaneo. — E' analogo al mixedema. Un caso fu descritto da Albright ed Ellsworth. Il paziente accusava accessi di laringospasmo e spasmo carpopedale che si andavano facendo sempre più intensi e frequenti: nel sanque ipocalcemia.

Il trattamento con paratormone faceva regredire i sintomi, che si ripresentavano però se si sospendeva il trattamento. Un altro caso è stato recentemente descritto da Crosetti, in cui vi era notevole ipocalcemia, accessi di tetania ed in cui all'autopsia si trovò atrofia totale delle paratiroidi.

Tetania paratireopriva. — La clinica ha offerto l'occasione ai chirurgi di osservare gli effetti della insufficenza paratiroidea in condizioni che hanno tutto il valore di veri esperimenti di fisiologia. Dai tempi di Reverdin e Kocher sino ai giorni nostri numerosi, purtroppo, sono i casi di operati di gozzo in cui la sindrome di tetania paratireopriva è stata osservata e studiata. Le forme più acute e gravi, evolventi sotto forma di tetania generalizzata, sono forse le meno interessanti dal nostro punto di vista: più lo sono le forme croniche, che evolvono con segni latenti di tetania (segni di Trousseau Erb, Chvostek) e con disturbi trofici a carico delle appendici cutanee e dei denti. Frequente la cataratta, che si ritrova anche nella tetania endemica, nella rachitide e nell'ipoparatiroidismo spontaneo.

Notevoli sono le alterazioni del ricambio: si ha infatti aumento della glicemia, e, talvolta, glicosuria. Ma sopratutto i disturbi del metabolismo del calcio sono netti: l'*ipocalcemia,* che è costante, è a carico principalmente del calcio jonico. In alcuni casi furono notate deposizioni anormali di Ca nei polmoni e nelle arterie e fatti di calcolosi renale. L'eliminazione renale del Ca è secondo alcuni AA. aumentata: ma dati sperimentali recenti e basati su ricerche più accurate dimostrano che essa invece è diminuita (Steward e Percival). Anche nella tetania infantile è stato riscontrato un abbassamento più o meno notevole, ma costante, della calcemia. Altre malattie che, se non costantemente, pure frequentemente si accompagnano ad ipocalcemia sono:

Rachitide e osteomalacia. — Gli anatomo-patologi sono d'accordo nell'ammettere che sia nella rachitide che nell'osteomalacia l'alterazione fondamentale è la stessa e cioè una deficiente calcificazione del tessuto osteoide. In ambedue le malattie, mancando la vitamina D, la utilizzazione del calcio e del fosforo è alterata. Nella maggior parte dei casi di osteomalacia ed anche di rachitide la calcemia presenta valori notevolmente bassi. In ambedue le malattie poi le alterazioni della chimica sanguigna regrediscono prontamente mediante l'uso di olio di fegato di merluzzo, raggi ultravioletti ed ergosterina irradiata. Contemporaneamente l'ossificazione comincia a procedere normalmente. In ambedue la tetania è frequente, latente o manifesta. Se vi è presenza di una ipertrofia paratiroidea questa è a carico di tutte e quattro le paratiroidi. Nella rachitide e osteomalacia l'uso di paratormone può essere pericoloso, perchè l'aumento della calcemia deriva da rimozione di calcio dalle ossa che ne sono già povere.

Osteopatia da fame per dieta povera in calcio, fosforo e vitamine (Dalyell e Chick 1921). Alterazioni simili a quelle dell'osteomalacia. Frequente la tetania. L'olio di fegato di merluzzo è specifico.

Rachitide celiaca o infantilismo celiaco. — Parsons ha riscontrato in questi casi costantemente alterazioni scheletriche e ipocalcemia. Frequente la tetania. Specifica la cura con raggi ultravioletti o ergosterina.

Rachitide renale. — Albuminuria associata a deformità delle estremità con rene ipoplasico. Dovuta ad un disturbo del metabolismo endogeno del calcio e del fosforo. Frequente la tetania. La calcemia dà quasi sempre valori bassi.

Steatorrea idiopatica degli adulti (Sprue) corrisponde al rachitismo celiaco dei bambini. Ipocalcemia costante. Frequente la tetania. Esistono deformazioni ed alterazioni delle ossa.

Osteite deformante di Paget. — Differisce dalla mal. di Recklinghausen per il fatto che in quest'ultima prevalgono i fenomeni di riassorbimento calcareo, mentre nel Paget prevalgono invece i fenomeni di deposizione. Non è stato dimostrato in questa malattia un ingrossamento delle paratiroidi, ma ciò non è sicuro essendo la diagnosi differenziale tra le due malattie talvolta molto difficile. La calcemia e la fosfemia sono pressochè normali. La fosfatasi del sangue è alta.

Otosclerosi (Toynbee 1841). — La sordità è spesso bilaterale: malattia frequentemente ereditaria è talvolta associata al m. di Paget. Leicher ha constatato frequentemente in essa una ipocalcemia. La tetania è frequente, specialmente durante le gravidanze. La cura con paratormone ha dato buoni risultati in 3 casi a Mirvish (1930).

TERAPIA DEGLI STATI IPOCALCEMICI.

La somministrazione di calcio appare a prima vista la terapia più logica, direi quasi istintiva: ed essa infatti ha dominato fino al 1925. Ma i concetti sono oggi diversi e la calcioterapia è considerata come medicazione puramente sintomatica: è inutile infatti somministrare del calcio quando l'organismo non lo fissa, o quando l'alterazione è a carico del metabolismo calcico sia nel suo fattore assorbimento che in quello della mobilizzazione: il calcio agisce momentaneamente o non agisce affatto e l'alterazione resta. La terapia calcica fu in seguito sostituita con una terapia tendente a riportare verso il lato acidotico il ph che negli ipocalcemici in generale e nei tetanici in particolare è notoriamente volto verso il lato alcali. Freudenberg e György usarono il cloruro di ammonio, altri il monoammonio fosfato: Cameron ha ottenuto buoni risultati mediante iniezioni di cloruro di ammonio in bambini con lanugismo. Iniettando acidi si vengono a sottrarre al sangue le valenze alcaline, e per mezzo dello stesso innalzamento in acidità si ha un aumento della jonizzazione del calcio sanguigno. Tentativi furono pure fatti mediante l'ergosterina irradiata: è noto come questa sostanza abbia una notevole importanza nel ricambio del calcio: la sua azione di netto aumento della calcemia, fatto attribuito all'aumentato assorbimento da parte del tubo gastro enterico, è stata dimostrata sia sperimentalmente che sull'uomo. I risultati, secondo alcuni AA. sono più che soddisfacenti, tanto che Demole e Christ credono che essa sia il miglior metodo di cura degli stati ipocalcemici; altri AA. invece (Elmer, Scheps, Stern) pongono le loro riserve avendo avuti degli insuccessi.

Nelle ipocalcemie dipendenti da insufficienza paratiroidea (tetania paratireopriva, ipoparatiroidismo spontaneo) la terapia causale vera sarebbe naturalmente il trapianto delle paratiroidi: e questo fu tentato con risultati buoni, ma solo temporanei, data la brevità di durata dell'innesto. Due di tali casi sono recentemente riportati da Hanke: in uno, la tetania di media gravità migliorò notevolmente dopo il trapianto e tale miglioramento perdurava dopo 7 anni, pur essendovi i segni di uno stato tetanico latente. Nell'altro invece il miglioramento fu solo temporaneo: si trattava di una donna affetta da crisi tetaniche, le quali sparivano durante il periodo della gravidanza e ciò per ben tre volte consecutive. Il fenomeno, veramente strano, si può spiegare o ammettendo che durante la gravidanza le paratiroidi del feto assumessero azione vicariante, oppure, cosa più probabile, che i residui delle paratiroidi materne subissero durante la gravidanza una ipertrofia compensatoria: concetto logico se si pensa alla necessità di mobilizzazione calcica dall'osso per i bisogni del feto.

Il trapianto è stato anche sostituito dalla terapia ormonica di sostituzione per mezzo di paratormone, una specie di ciò che è la terapia insulinica per il diabete: cura causale, ma che non guarisce la malattia, perchè la somministrazione deve essere continuata.

Tentativi fuorono pure fatti con l'estratto tiroideo, partendo dall'idea che nei casi di insufficienza paratiroidea, la tiroide tenda a compensare lo squilibrio ormonico (Demole e Christ). Buoni risultati ne hanno ottenuto Bauer e Aub (1929).

MALATTIE IPERCALCEMICHE.

Fra le sindromi che si accompagnano ad ipercalcemia la più tipica è considerata la

Osteite fibrocistica generalizzata o *malattia di Recklinghausen.* — Descritta la prima volta da questo A. nel 1891, in una pubblicazione giubilare in onore di Virchow, essa è caratterizzata: *Clinicamente* da dolori a tipo reumatoide più o meno diffusi; *a carico delle ossa*: ipertrofie diffuse o localizzate (in relazione con traumi?) specialmente delle diafisi (tibia, radio, ulna) e delle ossa piatte, deformazione ed accorciamento delle ossa lunghe con accorciamento di esse; rarefazione ossea diffusa o circoscritta (forme generalizzate e forme localizzate o monostotiche, fra cui tipica l'osteite fibrosa dei mascellari di Ruppe); deformazione delle ossa del cranio, che assume un aspetto mostruoso; fratture spontanee, che possono decorrere anche inosservate, perchè indolori; caduta di denti; *sintomi urinari*: poliuria e spesso polidipsia, litiasi renale da precipitazione fosfocalcica, con o senza coliche; *sintomi neuro-muscolari*: astenia ed ipotonia a tipo addisoniano, atrofia muscolare; *sintomi digestivi*: crisi gastriche simili a quelle dei tabetici accompagnate o non da gastrorragia; *sintomi cardio-vascolari*: tachicardia e palpitazioni (dipendenti dai disturbi gastrici), soffio aortico. *Radiologicamente* si possono notare alterazioni generalizzate o localizzate. La decalcificazione, la quale può esistere senza che si noti alcuna modificazione dell'architettura dell'osso e che è svelata da una diminuzione dell'opacità di esso, può giungere sino al tipico aspetto di *osso soffiato*, con immagini trabecolari interrotte di tanto in tanto da immagini rotondeggianti che, per il loro aspetto cistico, hanno dato in parte il nome alla malattia. Al cranio si ha sparizione degli strati esterni ed interni, con ipertrofie diffuse e localizzate (aspetto Pagetoide). Riassumendo, gli aspetti radiologici della malattia possono essere di quattro tipi: osteoporotico, tumorale, malacico e, al cranio, pagetoide.

La *sindrome umorale* è essenzialmente costituita da: ipercalcemia con ipercalciuria e ipercalcia fecale, ipofosfemia con iperfosfaturia. L'ipercalcemia è quasi costante ma può variare in notevoli proporzioni fino al doppio e anche più del normale. L'ipercalciuria si manifesta nelle urine con un aspetto torbido o addirittura lattescente, tanto che il calcio si deposita sulle pareti del vaso in cui le urine sono raccolte. L'esplorazione clinica della regione paratiroidea è in questi casi spesso negativa, ma ciò è dovuto alla piccolezza della ghiandola: non così la esplorazione chirurgica che rivela quasi costantemente la presenza di un adenoma paratiroideo.

Secondo Turnbull (1931), l'ingrandimento delle paratiroidi deve essere attribuito ad iperplasia funzionale e non ad un nuovo sviluppo autonomo. Le cellule sono infatti simili alle normali e sono presenti solo alcuni segni di iperplasia (cellule giganti e nucleo multipli) non di neoplasia. La causa dell'iperparatiroidismo sarebbe, secondo questo A., essenziale, come quella del m. di Basedow. Nell'osteite fibrocistica focale non si è finora dimostrata presenza di alterazioni paratiroidee nè ipercalcemia.

Mielomatosi multipla. — Un caso è stato descritto da Bulger, Dixon e Barr (1930) in cui la calcemia era alta (15.4 mgr. ‰). Il bilancio calcico era negativo. All'autopsia oltre alle alterazioni caratteristiche della mielomatosi multipla, furono riscontrate calcificazioni metastatiche nei polmoni, mucosa gastrica e reni. Delle paratiroidi tre erano ingrossate. Gli AA. considerano l'ipertrofia paratiroidea quale conseguenza della decalcificazione ossea, che sarebbe la causa primitiva.

Carcinomatosi delle ossa. — Un caso ne è stato descritto da Klemperer nel 1923 in cui esisteva iperparatiroidismo. Da notare però che sono stati notati casi di mielomatosi e carcinomatosi ossea in cui mancava qualsiasi alterazione paratiroidea.

Sclerodermia. — Anche in questa malattia Leriche ha constatato ipercalcemia ed ha notato in 2 di questi casi, operati di paratiroidectomia, abbassamento della calcemia e scomparsa dei disturbi. Anche in un caso di cheloide cicatriziale il Leriche ottenne guarigione immediata subito dopo l'intervento. Questi dati starebbero a dimostrare gli stretti rapporti fra nutrizione cutanea, equilibrio calcico dei tessuti e paratiroidi.

Poliartrite cronica anchilosante. — Spetta ad Opel il merito di avere per primo proposto ed attuato la paratiroidectomia quale intervento curativo nella poliartrite anchilosante. Questo A., come il Leriche, interviene quando la calcemia si eleva al disopra del tasso di 11 mgr. ‰. Ma non sempre in questa malattia si ha ipercalcemia. Simon e Weill riferiscono di due casi di poliartrite anchilosante con ipocalcemia (0,085 ‰), in cui un simulacro di intervento sulle paratiroidi sarebbe bastato ad ottenere un netto miglioramento, senza pe-

rò modificazione della calcemia. Leriche segnala un caso nel quale un'artrite anchilosante plastica, accompagnata da ipercalcemia, è stata guarita con la legatura della tiroidea inferiore, sopprimendo così le paratiroidi da un lato. Al contrario Weissenbach e Françon hanno guarito un reumatismo deformante con iniezioni di estratto paratiroideo.

Alla ricerca di una interpretazione.

Nello studio della fisiologia e patologia delle paratiroidi si è verificato quanto è già avvenuto in altri campi della medicina: molti ricercatori si accaniscono intorno all'intricatissimo problema, ciascuno di essi porta un contributo personale più o meno importante, ciascuno ne trae poi deduzioni sue, senza preoccuparsi delle ricerche e delle opinioni espresse da altri: sono stati così messi in evidenza un'infinità di dati isolati, si sono create una quantità di ipotesi e di teorie, più o meno accettabili e logiche, senza che nessuna mente cercasse di coordinare i risultati dei vari ricercatori, istituendo ricerche sistematiche, che avrebbero certamente servito a fare un po' più di luce su questo problema, che, nel suo intimo meccanismo ed essenza, è tanto oscuro oggi quanto lo era venti anni fa.

Se, tralasciando le minutezze della intricatissima questione e, guardando le cose un po' dall'alto, cerchiamo di farci strada in mezzo all'enorme congerie di fatti, probativi o non, concordanti o contraddittori, rileveremo alcuni dati che, per essere accettati indistintamente da quasi tutti gli autori, possono essere considerati in un certo senso come assiomatici.

Il primo di questi dati è che, mentre per ipoparatiroidismo si ha ipocalcemia, per iperparatiroidismo (siano questi stati spontanei o artificialmente provocati) si ha ipercalcemia. Si può dunque ammettere, senza scrupolo di induzioni azzardate che funzione normale delle paratiroidi sia quella di regolare il tenore in calcio del sangue.

Ma che cosa rappresenta la calcemia? Da quali fattori essa dipende?

Il livello in calcio del sangue indica solo l'altezza della corrente calcica, ma non dà alcuna indicazione sulla direzione in cui essa scorre. La calcemia è infatti funzione di tre fattori:

a) assorbimento intestinale;

b) eliminazione renale e intestinale;

c) drenaggio da e verso le ossa e i tessuti, fattori che possono modificare la calcemia agendo sia isolatamente che globalmente. Ma attraverso quale meccanismo?

Per quanto riguarda l'assorbimento intestinale gli Autori sono concordi nell'ammettere l'importanza della vitamina D. Gli studi sul ricambio del calcio nelle avitaminosi dimostrano infatti ampiamente come in tali condizioni il calcio ingerito venga quasi completamente eliminato con le feci, mentre basta la somministrazione di sostanze contenenti la vitamina D perchè l'assorbimento del calcio ritorni al normale. Mancano però ricerche precise tendenti a stabilire un eventuale, anzi probabile, rapporto fra ormone paratiroideo e assorbimento intestinale del calcio.

L'eliminazione renale e intestinale è certamente in rapporto con l'ormone paratiroideo, o meglio, con il livello calcemico. (Naturalmente per quanto riguarda l'eliminazione intestinale occorre distinguere il calcio eliminato perchè non riassorbito ed il calcio, già riassorbito, che viene escreto: a quest'ultimo noi intendiamo riferirci). E ciò è provato dal fatto che, mentre l'ipoparatiroidismo da paratiroidectomia provoca una diminuzione della escrezione del calcio con le urine e con le feci, come dimostrano le ricerche di Stewart e Percival, l'iperparatiroidismo (spontaneo o provocato) si accompagna costantemente a ipercalciuria e ipercalcia fecale. E che così avvenga è logico: infatti l'alto livello in calcio del sangue negli iperparatiroidei trova uno sbocco negli emuntori, mentre l'ipocalcemia dei paratiroidectomizzati fa sì che l'escrezione del calcio debba essere in questi forzatamente diminuita.

In quanto poi al drenaggio del calcio dalle ossa verso il sangue, grande è l'importanza annessa dai vari AA. all'ormone paratiroideo quale mobilizzatore del calcio osseo. Infatti somministrando paratormone in individui con dieta bassa in calcio e bilancio calcico negativo, si ottiene aumento della calcemia e della eliminazione del calcio. Ora da dove proviene questo calcio se non dalle ossa?

D'altra parte sono i tessuti stessi che chiedono al sangue il calcio necessario per le funzioni ad esso inerenti: a questa richiesta, il sangue risponde rifornendosi mediante l'assorbimento intestinale o, in mancanza di questo, con una mobilizzazione del calcio dai depositi ossei, ottenuta attraverso l'ormone paratiroideo.

E ciò spiegherebbe agevolmente l'utilità della medicazione calcica nei soggetti paratireoprivi: ipotesi questa avanzata da P. Frugoni in un suo recentissimo lavoro (1933): che cioè l'ipocalcemia, costantemente riscontrata nei soggetti paratireoprivi, « sia espressione non già di deficienza calcica dell'organismo, ma all'opposto di una particolare avidità dei tessuti verso questo elemento, donde impoverimento nel sangue circolante ».

È perciò che la calcemia viene quasi a rappresentare l'indicatore dell'equilibrio fra calcio depositato nelle ossa e calcio tissurale. L'ormone paratiroideo sarebbe l'intimo regolatore di questo equilibrio in quanto determina il livello in calcio del sangue, servendosi principalmente, ma forse non esclusivamente, del meccanismo di drenaggio dal deposito osseo. L'alterata eliminazione è probabilmente fenomeno secondario alla iper- o ipocalcemia. Se

così non fosse si dovrebbe verificare il contrario di quanto effettivamente si verifica. Se cioè le variazioni della calcemia fossero dovute a ritenzione o ad aumentata eliminazione di calcio si dovrebbe avere ritenzione nella ipercalcemia e forte eliminazione nella ipocalcemia. E così credevano MacCallum e Voegtlin: ma le loro ricerche non ressero alla luce dei controlli.

Ma attraverso quale intimo meccanismo agisce l'ormone paratiroideo nella sua azione di mobilizzazione del calcio osseo? E qui viene in campo un punto molto importante a chiarire e cioè quello dei rapporti fra equilibrio acido-base e metabolismo del calcio.

Molti dati stanno a favore dell'esistenza di tali rapporti: anzitutto il fatto che la paratiroidectomia provoca alcalosi (di cui la tetania rappresenta forse un tentativo di difesa con gli spasmi muscolari che provocano acidosi temporanea) mentre la morte per iperdosaggio con paratormone si ha invece in stato di marcata acidosi.

Se in un animale si provoca artificialmente acidosi mediante una dieta acidificante o mediante iniezioni di sostanze acidificanti si ha ipercalcemia ed eccesso di eliminazione del calcio. Somministrando cloruro di ammonio nella tetania si ha attenuazione di essa. Tetania si ha con forti dosi di bicarbonato di sodio, o quando sono vomitate grandi quantità di acidi, tetania si ha iniettando fosfato di sodio, non però se si inietta fosfato acido di sodio.

Ma non basta. Rutishauer ha ottenuto un quadro di osteite fibrosa cistica con iniezioni di cloruro di ammonio, sale acidificante per eccellenza. Katase poi ha chiaramente dimostrato quali intimi legami esistano fra nutrizione, equilibrio acido-base e metabolismo calcico. Questo A. è riuscito ad ottenere, mediante alimentazione acidificante, mediante eterizzazione o cloroformizzazione (che importano stato acido) il quadro tipico della osteite fibrocistica ed altre osteopatie. Mai riuscì però ad ottenere il quadro della osteomalacia. L'alcalosi gli dava lesioni ossee da ispessimento, non da rarefazione. Egli ammette che nella osteite fibrocistica l'acidosi sia il fatto primitivo e l'ipertrofia delle paratiroidi segni l'adattamento funzionale all'abnorme metabolismo calcico: ma ciò è contrastato dal fatto che nella osteite f. c. può essere colpita solo una delle paratiroidi, mentre se si trattasse di adattamento funzionale, tutte dovrebbero essere colpite da ipertrofia. *È più semplice e più logico ammettere che lo spostamento del* pH *sia il meccanismo di cui si servano le paratiroidi onde ottenere, mediante acidosi, la mobilizzazione del calcio e mediante alcalosi, la deposizione di esso e che cioè l'iperparatiroidismo rappresenti uno stato acido e l'ipoparatiroidismo uno stato alcalosico*: dati questi che coincidono con quelli che dimostrano una ipercalcemia negli acidosici e una ipocalcemia negli alcalotici.

Ed allora, basandoci su questi concetti, possiamo noi cercare di trovare un criterio di interpretazione di tutte queste varie sindromi in cui il metabolismo del calcio è alterato in maniera più o meno manifesta?

Forse sì! In questo, come in altri campi della medicina il trapasso dalla fisiologia alla patologia avviene in modo lento e graduale.

Incominciamo dalla fisiologia della gravidanza: in questa il feto richiede e sottrae calcio al sangue materno: la calcemia tende quindi ad abbassarsi, come è stato dimostrato da vari ricercatori; subentrano allora i fenomeni compensatori, tendenti a mantenere normale il livello calcemico, e cioè, un aumentato assorbimento intestinale ed una mobilizzazione calcica dalle ossa, attraverso il meccanismo di una aumentata funzione paratiroidea: iperfunzione questa analoga a quella di tutte le altre ghiandole endocrine durante la gravidanza. Si stabilisce così l'equilibrio. Ora ammettiamo che, per caso, l'assorbimento intestinale sia diminuito, sia per mancanza di apporto di calcio con la dieta, sia per deficienza di vitamina D; in tal caso, l'equilibrio calcemico sarà esclusiva funzione o quasi della mobilizzazione di calcio dall'osso per mezzo dell'ormone paratiroideo. Si avrà quindi una più intensa decalcificazione e il quadro dell'osteomalacia gravidica, nella quale, pur essendovi notevole iperfunzione paratiroidea questa non arriva a portare la calcemia al disopra dei valori normali, essendo continua la richiesta di calcio da parte del feto: si verifica così la possibilità di un iperparatiroidismo senza ipercalcemia, o meglio, con ipercalcemia relativa.

Analogamente si può concepire il meccanismo patogenetico della osteomalacia non gravidica e del rachitismo: in questi il fatto primitivo è un diminuito assorbimento di calcio, per mancanza di questo nella dieta e per deficienza in vitamina D. Questo stato di cose provoca una ipocalcemia a cui le paratiroidi cercano di sopperire mobilizzando il calcio osseo. Si spiegherebbero così, e soltanto così, le ipertrofie paratiroidee riscontrate da Erdheim negli osteomalacici e da lui giustamente interpretate quali secondarie all'alterato metabolismo calcico. E che l'alterazione paratiroidea sia in tali casi realmente secondaria lo prova in certo qual modo il fatto che in tali casi l'ipertrofia è a carico di tutte e quattro le paratiroidi e non di una o due soltanto.

E si spiega così anche la frequenza della tetania negli osteomalacici e nei rachitici: quando l'assorbimento intestinale manca e il drenaggio dalle ossa non è più sufficiente, la calcemia si abbassa notevolmente e si ha tetania. Somministrando calcio per via endovenosa o per os e aumentando l'assorbimento intestinale con vitamina D, la sintomatologia si dilegua.

Nel morbo di Recklinghausen invece l'alterazione primitiva è forse a carico delle paratiroidi: in esso spesso una sola paratiroide è

colpita dal processo ipertrofico, che non è da interpretare come compensatorio, bensì come primitivo. La maggior quantità di ormone paratiroideo messo in circolo provocherebbe ipercalcemia a spese dei depositi di calcio ossei. È questa anche l'opinione di Askanazy, il quale offre così giustamente un ponte di passaggio fra le due teorie, quella di Erdheim e quella scaturita dal caso operato da Mandl.

Alla stessa stregua dovrebbero essere interpretate le altre malattie che alcuni AA. (Leriche, Jung, Opel) sostengono essere di origine iperparatiroidea.

Ne risulta, per chi voglia guardare un po' dall'alto il complesso problema, come questo sia tutt'altro che ristretto ad un determinato sistema, bensì coinvolga l'intero processo del metabolismo organico.

Siamo in un campo in cui la fisiologia trapassa con rapido volo alla patologia, in un campo in cui i dati dell'una servono alla migliore comprensione delle leggi dell'altra, nel campo ancora in gran parte inesplorato della biochimica dell'umano organismo, così ricco ancora di misteri, davanti ai quali impaziente segna il passo lo studioso di patologia, nella affannosa ricerca di quella verità che è costante ed appassionata necessità del nostro spirito.

RILIEVI

Colorazione del bacillo difterico.

Dott. GENNARO PAPA, 1° capitano medico.

A proposito dell'interessante lavoro del prof. Pergola sulla tecnica per la ricerca batterioscopica e culturale del b. difterico (*Il Policlinico*, Sezione pratica, n. 17 del c. a.), ritengo non sia superfluo riportare, su questo periodico, un brano del mio lavoro « Rilievi sulla morfologia dei batteri » (*Giornale di Medicina Militare*, fascicolo X, ottobre 1930), che ebbe per iscopo di studiare, con particolari accorgimenti di tecnica, un metodo di colorazione del b. difterico e delle granulazioni batteriche in genere.

« I preparati essiccati all'aria, debbono essere:

1) fissati, per 10', con soluzione alcoolica di acido picrico all'1% addizionato ad acido acetico nella proporzione di 1% della soluzione alcoolica, quindi rapidamente lavati ed asciugati;

2) colorati, per 10', con bleu alcalino di Löffler diluito al 2:10;

3) allontanato l'eccesso del colore, ricoperti del liquido di Lugol per 5', indi asciugati.

Le granulazioni appaiono tinte in viola-scuro su corpo batterico verdastro.

La ricerca delle granulazioni è resa più agevole, se il materiale in istudio è prelevato da colture sviluppate, per tre giorni a 37°, su agar addizionato a glicerina e glucosio 1%, terreno preferito, o finanche ad asparagina 0,50%.

Le forme batteriche, pur subendo a seconda del terreno usato qualche alterazione morfologica, relativa più che altro al volume del corpo ed alla presenza o meno delle granulazioni, hanno manifestato un carattere costante su quasi tutti i terreni impiegati, talchè si son potute avere in taluni germi caratteristiche morfologiche interessanti. Il b. del tifo, che presenta costantemente gli estremi più colorati del corpo centrale, assume un aspetto pressochè simile a quello del b. pestoso (forma a navetta); così, invariabilmente, il paratifo A. è lungo, filamentoso; il B., pur presentando qualche elemento allungato, nella massima parte, ha estremità più colorate, assumendo forma ed aspetto analoghi al tifo. Sull'agar semplice, invece, tifo con granuli ben netti, paratifo A. e B. normali; anche qui, senza uno speciale terreno di coltura, un carattere differenziale si rileva nel gruppo tifo e paratifo. Il b. della morva, su terreno semplicemente glicero-glucosato, ha forma bacillare regolare con netta distinzione tra corpo ed estremi, ove spiccano granuli polari bellissimi e più evidenti che nello stesso b. difterico; su mezzo addizionato ad asparagina, appare in parte un po' allungato, ma nette permangono le granulazioni; forma che tende all'involuzione, un po' analoga a quella che dal Galli-Valerio fin dal 1889 veniva notata su terreni peptonizzati.

Posso concludere che con il metodo sopra descritto — che oso ritenere raccomandabile — ho riscontrato:

Granulazioni nettissime nel b. della *difterite*, della *morva*, del *tifo* (su agar semplice) e meno evidenti, nel *pseudodifterico* (Corynebacterium pseudodiphtericum di Löffler, Hoffmann-Wellenhoff), nel quale, secondo i lavori di Crompescher, Ascoli, ecc., ve ne sarebbe, invece, assenza assoluta (la metacromasia è però netta — corpuscoli metacromatici — solo nella difterite e morva);

Granuli rari e poco evidenti nel Flexner, colera, Gärtner e piocianeo; estremi più intensamente colorati che il corpo centrale, paragonabili a formazioni granulari, nel *tifo* — ove tale aspetto, invariabile su ciascun terreno speciale usato, è veramente caratteristico —, nei *paratifi A.* e *B.*, nel *proteo* e nel *Friedländer* (più scarsi e meno evidenti su terreno speciale, in « toto » su agar semplice) ».

Bologna, 25 maggio 1933-XI.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Sulle localizzazioni bulbari e bulbo-protuberanziali della malattia di Heine-Medin nell'adulto. La prova della loro natura con la sieroterapia specifica.

(G. ETIENNE. *Ann. de Méd.*, gennaio 1933).

L'A. già nel 1922 segnalava dei casi di malattia di Heine-Medin che evolvevano verso la forma bulbare: è la sindrome ascendente di Landry. Naturalmente non tutti i casi di malattia di Landry appartengono alla malattia di Heine-Medin. Ma, nell'adulto, numerosi casi di questa malattia si complicano con questa localizzazione, specialmente i casi acuti, quelli a estensione progressiva. Ed è questo uno dei fattori più notevoli dell'estrema gravità, nell'adulto, della malattia di Heine-Medin, quali che siano la forma e le modalità cliniche.

Che si tratti di localizzazione bulbare esclusiva, o più sovente bulbo-protuberanziale, inferiore o superiore, con lesioni dei nuclei bulbo-protuberanziali, specie del 9° e 10° paio, dei nuclei vicini, che si tratti della paralisi ascendente di Landry o della forma discendente, queste forme bulbari dipendono certamente dal virus poliomielitico.

Una prova clinica è la frequenza di queste localizzazioni combinate alle localizzazioni poliomielitiche propriamente dette. Una prova epidemiologica è la frequenza di questi casi nel corso di epidemie ben caratterizzate di poliomielite. È stata data anche la prova anatomo-patologica e può anche esser fatta la prova terapeutica.

É certo che non tutti i casi, anche quelli che dipendono certamente dalla malattia di Heine-Medin, reagiscono alla sieroterapia. La sieroterapia antipoliomielitica però non si può concludere se la malattia non concede un minimo di 48 ore al trattamento, benchè l'azione di esso sia spesso ben più rapida. Ma anche con questa riserva, non c'è dubbio che la sieroterapia non sempre risponde. Esiste però tutta una serie di casi in cui la sieroterapia risponde con il rigore di una esperienza di laboratorio. In questi casi le lesioni, non ancora divenute degenerative banali, ma ancora specifiche, sono rimaste neutralizzate dal siero.

Indipendentemente dall'azione della sieroterapia e della natura poliomielitica delle lesioni di questa forma respiratoria dispnoica così dimostrata, un punto merita di essere messo in evidenza.

La dispnea, in questi malati, può rivestire varie forme. Può essere continua o a forma di soffocazione parossistica, sia ripetuta nella giornata sia anche per accessi distanziati, sia a tipo di Cheynes-Stokes. Essa può essere una dispnea pallida o una dispnea cianotica. É spesso ansiosa, polipnoica. La dispnea dipende esclusivamente da paralisi dei muscoli della parete toracica. Si possono però osservare, nel corso delle forme midollari pure, dei disturbi respiratori da interessamento funzionale del diaframma, con persistenza dell'azione dei muscoli toracici, da lesione dei centri cervicali del frenico, senza lesione e senza paralisi a punto di partenza bulbo-protuberanziale.

C. TOSCANO.

Sulla possibilità di provocare il passaggio di anticorpi nel liquido c. r. e tentativi di applicazioni terapeutiche nella malattia di Heine-Medin.

(L. AURICCHIO e M. MIRAGLIA DEL GIUDICE. *La Pediatria*, 1° giugno 1933).

Nelle malattie infettive acute gli anticorpi specifici, anche quando si riscontrano ad alto tasso nel sangue, non sono rilevabili nel liquido c.-r., a meno che non coesistano alterazioni meningee.

Anche nella malattia di Heine-Medin, malattia infettiva a localizzazione elettiva encefalo-midollare, Flexner ed Amoss poterono constatare che, mentre il sangue dei soggetti colpiti possedeva alto potere virulicida per il virus della malattia stessa, tale potere risultava assente nel liquido c. r. Importante è qui il fatto, rilevato sperimentalmente dagli stessi ricercatori, che, se si provocava una meningite asettica, già dopo 12-24 ore era possibile dimostrare nel *liquor* un potere virulicida analogo a quello del sangue. Mentre dunque le prime acquisizioni facevano ammettere l'esistenza di una barriera che sottrae il liquido c.-r. alle vaccinazioni di ordine immunitario del sangue, i risultati delle ricerche di Flexner e Amoss mostravano già la possibilità di diminuire o di abolire la funzione di tale barriera. La recente letteratura è ricca di lavori riguardanti sia la struttura che il funzionamento e l'alterabilità con svariati mezzi di detta barriera: l'interessante argomento ha attratto l'attenzione degli AA., i quali hanno istituito una serie di ricerche tendenti a studiare la possibilità di provocare con determinati mezzi il passaggio degli anticorpi dal sangue nel liquido c.-r., fenomeno che avrebbe potuto avere immediata applicazione nel campo clinico.

Come animale da esperimento hanno utilizzato il coniglio, quale ottimo produttore di anticorpi: gli anticorpi provocati sono state le agglutinine antitifiche, antiparatifiche ed antimelitense; le sostanze studiate in merito alla loro capacità di provocare il passaggio nel *liquor* degli anticorpi: il siero normale di cavallo ed il rodio colloidale.

I risultati delle ricerche praticate autorizzano gli AA. a confermare l'esistenza di una barriera che sottrae il *liquor* alle variazioni di ordine immunitario che si verificano nel san-

gue. Il siero normale di cavallo e il rodio colloidale, introdotti per via endorachidea, si sono mostrati capaci di alterare questa barriera permettendo il passaggio nel *liquor* delle agglutinine esistenti nel sangue, sebbene ad un tasso inferiore a quello del sangue. Tale passaggio raggiunge il suo massimo dopo 24 ore, sparisce dopo 4-5 giorni, ritorna se si ripete l'iniezione endorachidea di siero o di metallo colloidale.

I risultati di queste indagini sperimentali hanno indotto gli AA. a prendere in considerazione la possibilità di applicare nella cura della malattia di Heine-Medin, l'iniezione endorachidea di siero normale di cavallo o di rodio colloidale, provocando così proprio negli spazi subaracnoidei il passaggio degli anticorpi specifici esistenti in circolo, venendo a realizzare con un mezzo aspecifico una immunoterapia squisitamente specifica. Hanno applicato tale cura in due bambini ottenendone risultati più che incoraggianti per la notevole rapidità di regressione dei fenomeni paralitici, rapidità che trovava riscontro solo in quella ottenuta mediante precoci iniezioni endorachidee di siero di convalescente.

Gli AA. esprimono l'opinione che la differenza fra valore terapeutico dell'iniezione endorachidea di sieri immuni di fronte a quella di siero normale, sia tutt'altro che notevole. Dati i risultati clinici e sperimentali dagli AA. ottenuti, si può sospettare fondatamente che l'azione benefica svolta dalla sieroterapia specifica per via endorachidea nella malattia di Heine-Medin sia forse legata in massima parte al passaggio di anticorpi dal sangue nel liquido cefalo-rachidiano, e solo in piccola parte alla azione direttamente specifica degli anticorpi contenuti nel siero introdotto.

Il metodo proposto dagli AA. per la sua innocuità e per la sua facilità di approvvigionamento, cosa che non si può dire del siero di convalescente o di quello di Petitt, potrebbe essere considerato quale mezzo terapeutico di non trascurabile valore nella malattia di Heine-Medin. Sempre però che la sua reale efficacia sia provata sulla base di una larga sperimentazione clinica. G. LA CAVA.

Traumi e sindromi parkinsoniane.

(S. PERRYER. *Giorn. di Med. Mil.*, maggio 1933).

Lo studio delle relazioni fra traumi e m. di Parkinson ha sempre interessato molto gli studiosi, specialmente per l'interesse medico-legale ad esse connesso, e già Erb ai suoi tempi riconosceva come in circa il 10 % dei casi dovesse il trauma essere annoverato fra i momenti etiologici. È però solo in questi ultimi anni che si sono avute nuove e più precise osservazioni le quali, se da una parte ci hanno dimostrato come tale causa sia frequente forse più di quanto si creda, d'altra parte sono venute decisamente a contestare il criterio troppo unicista di coloro che con la comparsa della encefalite epidemica ritenevano che la causa di tutte le sindromi parkinsoniane fosse una sola, quella infettiva. Del resto, la clinica è ormai concorde nel ritenere la sindrome parkinsoniana come un complesso sintomatico, che può trarre le sue origini da cause molteplici: così, oltre la forma postinfettiva, prevalentemente postencefalitica e le forme ancor oggi chiamate criptogenetiche del M. di P. genuino, del *praesenium*, noi vediamo descritte sindromi parkinsoniane da tumori, focolai arteriosclerotici, lues, tubercolosi, sclerosi multipla, intossicazioni da ossido di carbonio e manganese.

Le prime osservazioni del dopoguerra avevano escluso che con i traumi bellici si fossero avute sindromi parkinsonoidi; ma la rarità relativa di queste osservazioni è da ricercarsi forse nella tendenza che sempre vi fu in guerra a considerare i quadri clinici di tremore e contratture, dopo traumi e stati commozionali, esclusivamente come quadri psiconevrosici, non essendo ancora allora approfondita la questione degli stati parkinsonoidi: ulteriori e più precise osservazioni hanno invece poi rivelato l'esistenza in guerra di queste forme posttraumatiche e numerosi casi del genere furono in seguito pubblicati.

Occorre inoltre tener presente che un trauma cranico produce per lo più tali complesse lesioni (motorie, sensitive, psichiche) che spesso i segni di una lesione extrapiramidale possono passare inosservati.

A priori, non vi è motivo di escludere che un trauma possa esplicare la sua azione sui gangli basali e regioni limitrofe; certo però che la massima ponderatezza è sempre necessaria nel valutare i casi in questione.

Una distinzione che occorre subito fare al riguardo è quella fra trauma periferico e trauma centrale.

Per quanto riguarda i traumi periferici, tutti, si può dire, gli AA. escludono che essi possano avere un qualsiasi rapporto con le sindromi parkinsoniane. Per qualche A. il trauma periferico può avere una certa importanza come concausa laddove si riscontrano lesioni vasali preesistenti tossiche od infettive, che il trauma può riuscire a far mettere in evidenza. In favore della tesi di una origine traumatica periferica delle sindromi parkinsoniane, è stato da taluni osservatori citato il fatto che l'esperienza di guerra ci ha rivelato numerosi casi di tremore localizzati in arti traumatizzati, tremori a tipo parkinsoniano, che si sono successivamente estesi ad altre parti del corpo non colpite dal trauma e che secondo i detti AA. furono erroneamente interpretati come forme psiconevrosiche, mentre avrebbero dovuto essere considerati come quadri parkinsoniani. Ma in tali casi non è affatto giustificato escludere senz'altro un'origine psiconevrosica, passando così da un eccesso all'altro. Si può dunque ritenere che l'origine periferica delle sindromi p. è tutt'altro che dimostrata e quindi è da rifiutarsi, sempre quando

sia stato ben vagliato, in tutte le sue possibili manifestazioni a distanza, il modo di esplicarsi del trauma.

I casi invece di traumi della regione craniofacciale con conseguente apparizione di uno stato p., sono ormai ammessi da molti AA. La mancanza assoluta di dati anatomo-patologici rende ragione del riserbo che alcuni hanno mantenuto a questo riguardo. Inoltre non tutti i casi pubblicati sono sempre convincenti: in genere l'intervallo fra trauma e iniziarsi della fenomenologia è troppo lungo (per alcuni anche 2 mesi) mentre secondo l'A. tale periodo intervallare non dovrebbe mai essere posto al di là di 3 o 4 settimane al massimo. Inoltre non sempre gli AA. hanno appurato con la dovuta cura se, nei loro precedenti, gli ammalati non avessero mai sofferto disturbi nervosi. Secondo Crouzon basterebbe che il trauma si sia verificato durante il manifestarsi di un'epidemia di encefalite per rendere dubbia la diagnosi.

Fra più di 150 casi di sindromi parkinsoniane che l'A. ha avuto occasione di osservare in questi ultimi anni tre sono i casi di sindrome p. consecutive a traumi al capo. I casi sono abbastanza probativi appunto per il nesso immediato e gradualmente successivo fra trauma e sviluppo della sintomatologia, per la gravità del trauma sofferto, che in tutti i casi è stato accompagnato da stato commozionale, e perchè è assolutamente da escludere qualsiasi elemento tossico od infettivo nei precedenti.

Qual'è l'interpretazione anatomo-patologica che si può dare di questi casi? La letteratura è scarsa al riguardo, trattandosi quasi sempre di descrizioni cliniche e non anatomiche. Ad ogni modo l'immediato susseguirsi dei sintomi, i precedenti di uno stato commozionale cerebrale sempre riscontrabile, fanno pensare in prevalenza a disturbi circolatori, che producono distruzioni più o meno limitate nelle regioni dei nuclei grigi centrali.

Ma oltre alle lesioni vasali sono da considerare quelle parenchimatose, lesioni microstrutturali della sostanza nervosa, consistenti in alterazioni varie quali rammollimento, deformazioni, lacerazioni della sostanza cerebrale in alcuni punti.

Sono queste naturalmente deduzioni ipotetiche che dovranno presto trovare una loro conferma nei reperti di autopsia.

G. LA CAVA.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Gravidanza sopravvenuta nel corso di una amenorrea da radium; scambio diagnostico con un tumore del corpo.

(A. QUAGLIATI. *La Clinica Ostetrica*, apr. 1933).

Si tratta di una paziente di anni 40, sposata, la quale viene inviata in clinica con diagnosi generica di metrorragia. La paziente era stata colta all'improvviso da abbondanti metrorragie e da dolori a tipo uterino. All'ingresso la paziente si mostra profondamente anemizzata, perde sangue in abbondanza e presenta sintomi gravi allarmanti, di anemia acuta: polso filiforme, frequentissimo; temperatura normale.

La paziente riferisce di essere in stato di amenorrea da 5 anni perchè sottoposta a trattamento attinico della sfera genitale mediante applicazione di tubi radiferi.

Non si riesce a sapere per quali indicazioni in quell'epoca trovò la sua ragione il trattamento suddetto, ed inoltre l'inferma stentatamente racconta di aver notato saltuariamente negli anni successivi la comparsa di perdite sanguigne dai genitali.

All'esame ginecologico digito-strumentale si notano: genitali esterni di pluripara; collo dell'utero di aspetto normale, di consistenza dura, pervio all'apice del dito. Il corpo si presenta antiflesso, mobile, aumentato di volume e di consistenza. Nulla si apprezza all'esame combinato ai lati dell'utero; attraverso il canale cervicale fuoriesce sangue in abbondanza dalla cavità uterina.

L'imponente metrorragia richiede un intervento immediato. Data l'anamnesi del paziente nei riguardi dell'età, delle irradiazioni fatte e della consecutiva amenorrea interrotta di tanto in tanto dalla comparsa di irregolari e scarse perdite sanguigne dai genitali, apparentemente riferibili piuttosto a metrorragie anzichè ad una irregolare e saltuaria ripresa del ciclo mestruale, si pensa al momento alla possibilità di recidive di un cancro del corpo dell'utero o ad altro tumore cavitario: fibroma sottomucoso, polipo, ecc.; ipotesi avvalorate anche dai dati raccolti con l'esame obiettivo.

Si decide di praticare subito un tamponamento endouterino allo scopo di far cessare l'emorragia; a questo però si vuol far precedere un prelevamento del tessuto della cavità uterina a scopo di biopsia per un preciso accertamento istologico.

Ma il concetto diagnostico deve subito mutare: penetrando attraverso il collo nella cavità uterina con il cucchiaio di Volkmann, si dà esito ad una raccolta liquida con i caratteri del liquido amniotico, e si ha la sensazione che la cavità stessa sia ripiena di un tessuto molliccio che si ritiene di natura ovulare. Si provvede quindi allo svuotamento strumentale dell'utero con asportazione di un uovo grande all'incirca quanto quello di una gallina, che si vede poi contenere un feticino in via di mummificazione. Cessata ogni perdita di sangue, si zaffa la cavità uterina e si somministrano alla malata le ulteriori cure del caso: ipodermoclisi, cardiocinetici, ecc.

Nei giorni successivi all'intervento l'inferma, completamente ristabilita, confessa di essersi sottoposta volontariamente cinque anni prima, spinta dal consiglio di una levatrice, a trattamento attinico, mediante applicazione va-

ginale di radium durante 24 ore, per ottenere la menopausa artificiale a scopo anticoncezionale.

Ma, contrariamente a quanto aveva desiderato, la castrazione non fu completa, probabilmente per il persistere di follicoli primitivi capaci di produrre uova fecondabili, il cui sviluppo ha mantenuto, sebbene in modo molto ridotto, la funzione ovarica. Di questa funzione è esponente l'oligo-opsomenorrea secondaria alla parziale atrofia ovarica prodottasi in seguito alle irradiazioni ed erroneamente interpretata come metrorragie. Per quanto riguarda le eventuali alterazioni genetiche prodotte dalle irradiazioni delle ovaia, il feticino trovato non può portare nessun contributo per il suo stato di avanzata mummificazione, che non permise un accurato esame degli organi, e per essere stato frantumato nel capo e negli arti, regioni queste dove con maggior frequenza sogliono prodursi le principali alterazioni di sviluppo dopo le irradiazioni. L'A. suppone che le alterazioni prodotte dalle irradiazioni sull'utero, sui suoi vasi e sulla sua mucosa ed esordienti nella sclerosi secondaria, di cui era espressione nel caso in parola la durezza del collo e l'aumento di consistenza del corpo, abbiano dato luogo all'aborto.

La causa dell'aborto è perciò da ricercarsi nelle difficoltà incontrate dall'uovo fecondato nel suo annidamento, nella sua nutrizione e nel suo ulteriore accrescimento in una mucosa uterina di già alterata e per effetto delle irradiazioni e per la sospensione della funzionalità ovarica determinatasi da vari anni nella paziente, e quindi incapace di fornire all'uovo in essa annidato le condizioni indispensabili per il suo sviluppo. Inoltre la sclerosi dei vasi e delle pareti uterine, impedendo la normale espansione dell'utero ed ostacolando il circolo sanguigno e con esso l'afflusso di ossigeno e di sostanze nutritive all'uovo in via di sviluppo, hanno certo influito nel determinare la sua morte e l'interruzione della gravidanza.

Essendo l'aborto in questione di già in atto, l'errore in cui si incorse fu solo di diagnosi e non di terapia e dal lato pratico senza alcuna conseguenza.

Il caso si presterebbe a considerazioni di indole sociale nei riguardi della castrazione femminile con mezzi radioattivi.

L. C.

Il trattamento delle irregolarità mestruali.

(W. SHAW. *The British Med. Journ.*, 27 maggio 1933).

L'irregolarità delle mestruazioni è uno dei più comuni disturbi ginecologici che il medico pratico è chiamato a combattere. Mestruazioni eccessive sono molto frequenti ad osservarsi, come anche è frequente, specialmente nel periodo della menopausa, l'irregolarità delle mestruazioni stesse, con perdita del normale ritmo del ciclo mestruale.

E' noto a tutti i pratici che tali irregolarità possono esistere senza notevoli alterazioni nè dell'utero nè delle ovaia: va bene che una tale condizione si può avere in casi di carcinoma della cervice o di polipi, ma in tali casi la mestruazione non mostra alterazioni del ritmo e l'emorragia anormale è, per così dire, sovrapposta al ciclo normale. L'A. vuole limitarsi allo studio di quelle pazienti in cui l'alterazione mestruale esiste ma è indipendente dalla presenza di un tumore o di una infiammazione negli organi pelvici. Tali casi sono estremamente frequenti. E' impossibile apprezzare il significato di tali disturbi se non si conoscono le recenti idee sulla fisiologia della mestruazione e se non si tiene conto di alcuni concetti fondamentali, di cui i più importanti sono i seguenti: anzitutto la possibilità che una donna possa produrre dei corpi lutei più grandi del normale: la conseguenza ne sarebbe una eccessiva ipertrofia premestruale della mucosa e quindi una corrispondente distruzione di tessuto e conseguente maggiore emorragia durante la mestruazione. Inoltre bisogna considerare che la causa del ritmo caratteristico delle mestruazioni non risiede necessariamente nelle ovaia. Una sicura spiegazione del meccanismo di questo ritmo non esiste, ma è giustificato pensare che, dato il predomino che l'attività pituitaria esercita su quella ovarica, i fattori causali del disturbo del ritmo mestruale possano risiedere sia nella pituitaria stessa che nelle ovaia. Un terzo punto da chiarire è quello riguardante il fattore determinante diretto dell'emorragia mestruale stessa. L'A. ha sempre sostenuto che la degenerazione mestruale dell'endometrio è un processo attivo, e non è indotto passivamente dalla mancanza momentanea dell'ormone progestina. L'A. ammette l'esistenza di un terzo ormone ovarico, che provoca appunto questa degenerazione dell'endometrio. Accettando questo concetto appare chiaro come in determinate condizioni patologiche questo ipotetico ormone possa, se prodotto in eccesso, dar luogo ad una continua degenerazione dell'endometrio, sì che ne risulti una emorragia uterina prolungata.

Epimenorrea. — In questa forma di irregolarità mestruale, il flusso ha luogo con un ritmo più frequente del normale e cioè ogni ventuno giorni oppure anche ogni 14 giorni. Tale ritmo però è costante e regolare.

Questo tipo di disturbo è molto frequente, ma più che una malattia di per se stessa deve essere considerato quale sintoma esponente di vari stati morbosi ben definiti. La forma *postpartum* è molto frequente: si può accompagnare a infiammazione delle trombe di Falloppio e delle ovaia, ma generalmente non mostra alcuna alterazione degli organi pelvici.

Molto probabilmente questi casi riconosco-

no la loro origine in uno sbilancio endocrino nel senso di una aumentata attività del lobo anteriore della pituitaria. Il più frequentemente l'epimenorrea si riscontra in soggetti che si avvicinano alla menopausa: di solito le emorragie sono abbondanti e danno luogo a anemia piuttosto grave: non raramente l'utero è ingrossato e più duro del normale. Per quanto tali casi siano stati spesso raggruppati sotto la definizione di *metrite cronica* le moderne cognizioni sulla fisiologia della mestruazione fanno pensare che siano dovute ad una iperattività delle ovaia. L'epimenorrea è anche frequente in casi di tumori fibroidi, in pazienti che abbiano sorpassato la quarantina e il più spesso nelle nubili. Può anche associarsi a salpingo-ooforiti e a *cisti cioccolata* dell'ovaio. L'etiologia di queste forme non è nota con certezza: è stata però esclusa l'infiammazione dell'utero e dei suoi annessi: probabilmente si tratta anche qui di una disfunzione della ovaia o della pituitaria.

Cura. — E' uno dei problemi più difficili in ginecologia. E ciò perchè si ha da fare non con una diminuzione dell'attività ghiandolare, nel qual caso la terapia di sostituzione ormonica sarebbe forsé efficace, bensì con una esagerazione dell'attività stessa. I vari ormoni ovarici e pituitari sono stati somministrati, anche dall'A., senza alcun risultato: ed è logico, poichè a nessuno di questi ormoni è riconosciuta un'azione inibitoria. Ma anche se ci rivolgiamo alla terapia medicamentosa le speranze di successo sono poche, e infatti se è possibile per mezzo dei comuni medicamenti (ergotina ecc.) dominare la quantità di sangue emesso in ciascun periodo mestruale nessuna di queste sostanze è però capace di inibire l'attività dell'ovaio. Che cosa bisogna allora fare in questi casi? Nelle pazienti al di là dei 45 anni vi è l'indicazione netta per la menopausa artificiale per mezzo dell'applicazione nell'utero di un tubo di radium per la durata di 48 ore. Le obiezioni che si fanno a questo metodo sono: i risultati spesso non sono immediati, potendosi avere ancora una o due mestruazioni dopo l'applicazione del radium; spesso la prima emorragia dopo l'applicazione è più copiosa delle precedenti perchè il radium stesso produce un'infiammazione locale dell'endometrio la quale può anche causare perdite vaginali persistenti; inoltre lo stabilirsi di accentuati fenomeni generali della menopausa. L'A., quando le condizioni generali della paziente siano favorevoli, preferisce l'isterectomia con conservazione delle ovaia, evitando così i fenomeni spiacevoli della menopausa. Per quanto riguarda il trattamento coi raggi X, i suoi risultati sono simili a quelli della radiumterapia. Nelle pazienti più giovani la cura présenta maggiori difficoltà e minori probabilità di successo. La radio- e radiumterapia sono in questi casi strettamente controindicate: non di rado i disturbi che esse provocano sono più gravi dei disturbi primitivi: se teoricamente una menopausa artificiale temporanea praticata in tale maniera sembra logica e soddisfacente, praticamente si è visto il contrario. La difficoltà sta infatti nell'ottenere un corretto dosaggio: se questo è troppo basso non si ottiene alcun effetto, mentre che se è troppo alto il risultato è una menopausa artificiale permanente. E ciò perchè l'ampiezza di dosaggio in questi casi è minima. La cura si riduce dunque ad una oculata aspettativa o all'operazione. Nelle forme *post-partum* si è visto che quasi invariabilmente la funzione mestruale ritorna spontaneamente al normale, dopo un periodo più o meno lungo. In tali casi la cura medica a base di ergotina durante i periodi mestruali è indicata, purchè le condizioni di anemia non siano talmente gravi da richiedere un intervento chirurgico. Negli altri casi in cui l'epimenorrea è insorta in pazienti giovani senza causale apparente la decisione è ardua non verificandosi guarigioni spontanee. In generale condizioni spiccate di anemia richiedono l'intervento sotto forma di isterectomia subtotale lasciando le ovaia in posto: i risultati di questa terapia sono eccellenti.

Metropatia emorragica. — E' caratterizzata da un completo sconvolgimento delle funzioni mestruali: l'ovulazione è inibita e le ovaia non producono corpi lutei. L'endometrio mostra una iperplasia polipoidale diffusa, combinata con dilatazione cistica delle ghiandole e larghe aree di necrosi negli strati superficiali. Manca completamente l'ipertrofia premestruale. La storia è caratteristica: le pazienti hanno avuto un breve periodo di amenorrea che dura dalle sei alle dieci settimane. A questo segue un periodo di emorragie continue ma di breve entità che può durare per mesi ed anni, simile cioè ad una mestruazione continua. E' malattia frequente anche in pazienti giovanissime, sotto ai 25 anni. La cura coincide con quella della epimenorrea meno che nelle pazienti giovanissime nelle quali deve essere anzitutto tentato il raschiamento uterino accurato. I risultati del raschiamento sono buoni in alcuni casi: in altri dopo qualche mese la sintomatologia si ripete. Si può allora tentare la somministrazione di ormone pituitario anteriore. L'applicazione di piccole dosi di radium non ha dato all'A. buoni risultati. Nei casi molto gravi con forte anemia l'ultima risorsa è l'isterectomia.

Ipomenorrea. — In questi casi il ciclo mestruale è prolungato. Le pazienti mestruano ogni sei settimane talvolta ogni tre mesi. La causa è da ricercare in una irregolarità della funzione ovarica nel senso di una insufficienza propria delle ovaia oppure di una ghiandola a secrezione interna, generalmente la pituitaria, con deficienza secondaria delle ovaia.

Nel primo caso si ha una storia di alterata funzione mestruale sin dalla pubertà e si trovano generalmente i segni di una ipoplasia dell'apparato genitale e sterilità. Nel secondo invece i disturbi sono sopraggiunti tardivamente, anche dopo gravidanze e parti normali; si accompagnano in genere a segni disendocrinici.

Nei casi di deficienza ovarica primitiva la terapia di sostituzione con estratti ovarici è logica ma ha dato risultati mediocri: le dosi debbono essere piuttosto forti e frequentemente ripetute, somministrandole per via sottocutanea. Così anche per l'ormone pituitario anteriore. Buoni risultati si sono ottenuti con la dilatazione artificiale del collo dell'utero, attraverso quale meccanismo non si sa: metodo empirico questo, ma, al solito, più efficace dei mezzi scientifici. L. C.

DIVAGAZIONI.

Le influenze cosmoclimatiche sull'organismo.

L'influenza dello stato e delle variazioni atmosferiche e astrali sull'organismo è stata riconosciuta fin dall'antichità, ma solo in questi ultimi tempi si è andato determinando sia pure approssimativamente il meccanismo di azione, individuando gli organi e gli apparati sui quali l'azione stessa si esercita.

X. Farrerons (*Revista Médica de Barcellona*, marzo 1933) passa in rassegna le osservazioni e le esperienze che sono state pubblicate sull'argomento.

Rileva come le influenze cosmiche più manifeste siano quelle che esercitano il giorno e la notte. Come disse R. Schmidt la notte è il dominio della muscolatura liscia. Il sonno è l'espressione di uno stato vagotonico (contrazione pupillare, rallentamento del polso), mentre nella veglia predomina il simpatico.

Volker dimostrò che queste alternative vagosimpatiche sono dipendenti da influenze cosmiche e non da un ritmo interno autoctono.

Durante le ventiquattro ore la temperatura del corpo, lo stato del polso e della pressione sanguigna, l'eliminazione dell'anidride carbonica, l'assorbimento di ossigeno, e l'eliminazione di azoto per le urine non sono costanti, ma variano raggiungendo il massimo ed il minimo in determinate ore.

La temperatura è al suo punto minimo alle sei del mattino, poi si eleva gradatamente per raggiungere il massimo nelle ultime ore della sera. Queste variazioni termiche sono state attribuite alla differente attività muscolare durante la veglia ed il riposo, all'ingestione di alimenti con le conseguenti variazioni metaboliche, ma si è facilmente dimostrato come il ritmo termico persiste inalterato negli individui che lavorano di notte e dormono di giorno, come negl'individui tenuti a digiuno per parecchio tempo.

Gibson e Osbone hanno definitivamente provato come le variazioni termiche siano di origine esterna e non interna con un particolare esperimento. Viaggiando dall'uno all'altro emisfero e misurando sistematicamente la temperatura notarono che essa conservava il suo ritmo precedente ma con uno spostamento di dodici ore.

Il massimo di prevalenza del vago, sistema anabolico, si ha verso le otto del mattino, mentre il massimo di prevalenza del simpatico si ha verso le diciannove.

Così si spiega l'influenza del crepuscolo, ora di massima simpaticotonia, con tutto il suo corteo sintomatico: stanchezza, tristezza, dolori, senso d'insufficienza, senso di freddo, scoraggiamento, silenzio ostinato.

La deficienza del tono vagale determinata dalle ore diurne è naturalmente risentita di più nelle regioni e nelle stagioni, nelle quali le influenze diurne sono più intense, così si spiega lo stato di indolenza e di abbattimento degli abitanti dei paesi tropicali e di quelli delle nostre regioni durante i periodi di maggior caldo.

Un individuo pigro, in fondo, non sarebbe che un soggetto nel quale un'eccitazione costituzionale e permanente del simpatico lo induce costantemente al riposo con lo scopo di eccitare il sistema vagale difficilmente eccitabile ed ottenere così l'equilibrio vegetativo. La vita molle e regolata aumenta la sessualità mediante l'eccitazione del vago, che è il nervo che governa l'istinto della nutrizione e della riproduzione.

Un'altra influenza cosmica molto sensibile è quella delle stagioni.

Jorden, Cushny, Mac Lean, Cori hanno osservato un abbassamento dell'eccitabilità del parasimpatico della rana durante l'estate. Fünhner ha fatto la medesima constatazione nei selacei. Bergengren ha dimostrato che l'adrenalina ha un'azione vasodilatatrice con preparati di rana di autunno. Vaard ha ottenuto gli stessi effetti in primavera ed estate, il che sarebbe in rapporto al fatto che in dette stagioni il sangue della rana ha una doppia concentrazione di calcio. Fujü ha trovato un aumento dell'adrenalina da febbraio a marzo ed una diminuzione da giugno a settembre.

Schade ha trovato un parallelismo tra l'azione del freddo sul sistema autonomo e l'eccitazione del simpatico da adrenalina. Weinberg ha osservato che per ottenere la medesima elevazione della pressione vasale occorre una quantità di adrenalina minore d'inverno che d'estate. Straub ha segnalato un aumento dell'acidità sanguigna in primavera. Da tutte queste osservazioni scaturisce la conclusione che probabilmente esiste un ritmo stagionale di prevalenza vagale o simpatica. Nella stagione calda prevale il vago ed in quella fredda il simpatico. Il passaggio del predominio da un sistema all'altro avviene in primavera ed au-

tunno, proprio quando si hanno più frequentemente i disturbi dovuti allo squilibrio vagosimpatico (spasmofilia, eczemi, pilorospasmi, corea minore, epilessia) che sarebbero provocati dall'assenza o presenza di determinati ormoni nel medio interno. E per questo che Moro ha definita la primavera la stagione delle secrezioni interne.

Le influenze climatiche sull'organismo sono molto complesse in quanto che il clima è la risultante di diversi componenti e fattori, quali la pressione barometrica, la temperatura, il grado di umidità, le radiazioni solari, il contenuto di ossigeno, lo stato elettrico dell'atmosfera, che agiscono ciascuno in modo particolare e spesso contrastante.

Dugge ha determinato le oscillazioni della conducibilità elettrica dell'uomo sotto l'azione dei varî stati atmosferici. La resistenza elettrica della pelle aumenta con le improvvise depressioni barometriche e diminuisce con il bel tempo. In base ad alcune esperienze di Minor sull'eccitabilità elettrica della pelle nell'eccitazione e nella paralisi del simpatico, lo stesso Dugge conclude che gli abbassamenti della pressione barometrica (favonio, burrasca) producono una depressione del tono del simpatico ossia una vagatonia.

Anche Laignel-Lavastine ha notato modificazioni nel sistema nervoso vegetativo provocate dalle variazioni atmosferiche.

Loewy ed i suoi collaboratori hanno studiato le influenze che le altitudini hanno sull'organismo specialmente sul sangue, sulla respirazione e sul metabolismo totale. La pressione sanguigna si eleva, aumenta la frequenza respiratoria e si modifica l'equilibrio acidobasico nel senso di un'acidosi, e si ha un aumento della glicemia dovuto ad eccitazione del simpatico prodotte da deficienza di ossigeno.

Come fattori antagonisti di questa deficienza di ossigeno si hanno le irradiazioni solari le quali eccitano il vago. In effetti Azuma e Feldmann hanno notato che in conseguenza dell'irradiazione solare diminuiscono nel sangue le sostanze vasocostrittrici. Riste e Poos sottoponendo ai raggi Roentgen una pupilla denervata hanno notata una reazione nel senso di eccitazione del parasimpatico. *argo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

O. COZZOLINO. *Disordini o turbe della nutrizione nel lattante.* Volume di pag. 291. Napoli, V. Idelson, 1933. Lire 20.

L'esatta valutazione dei sintomi morbosi che colpiscono l'apparato nutritizio del lattante rappresenta un argomento d'importanza basale per il medico, poichè solamente attraverso ad essa si potrà istituire il trattamento profilattico e curativo, capace di rendere sempre meno sensibili le cifre della mortalità in questo primo periodo della vita.

Premessa una esauriente critica sull'evoluzione storica delle dottrine etiopatogenetiche concepite dai vari studiosi della materia, il Cozzolino passa all'esposizione particolareggiata delle turbe, secondo la propria classifica, già esposta in altri lavori e nel suo classico trattato di Pediatria.

La grande esperienza acquisita dall'A. sull'argomento, e la profonda serietà dei suoi studi, valorizzano i concetti da lui discussi, mentre, d'altro canto, la chiarezza dell'esposizione rende la materia facilmente accessibile.

Nella prefazione all'opera l'A., con la sua innata modestia, dichiara di rivolgersi ai medici pratici, e specialmente a quelli che devono seguire i corsi di puericultura istituiti dall' O. N. M. I.

Noi siamo convinti, invece, che la sua nobile fatica riuscirà d'utilità somma ai medici tutti, non esclusi coloro i quali hanno circoscritto i loro studi alla branca della specialità pediatrica. M. FABERI.

MAX M. LÉVY. *L'acidose et l'insuffisance rénale aiguë chez le nourrisson.* Vol. in-16° di pagg. 104. Masson, Paris, 1932, Frs. 15.

La monografia del Lévy offre una guida sistematica allo studio del funzionamento renale del lattante, nel quale possono verificarsi delle crisi d'insufficienza acuta, a tipo di vere nefriti nel senso funzionale della parola.

La causa di queste deficienze di funzione della cellula renale è intimamente legata alle variazioni della cloremia tissulare, svelabili per mezzo del contenuto in cloro delle emazie.

Si tratta dunque di argomento di grande importanza, poichè il successo terapeutico, in casi simili, dipende dall'esatta valutazione della sindrome umorale.

Brevità e chiarezza sono le doti di questo piccolo volume, che fa parte della collezione di medicina e chirurgia pratiche. M. F.

O. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants. Maladies infectieuses.* (II Série). Pag. 439. Masson, Paris, 1933. Fr. 60.

Proseguendo nella pubblicazione delle sue lezioni cliniche di medicina infantile, l'A. ci offre questa seconda raccolta, riguardante le malattie infettive non trattate nel precedente volume.

Gli argomenti studiati sono: morbillo, scarlattina, pertosse, pneumococcie e streptococcie, porpora infettiva, meningiti acute da meningococco e da Pfeiffer, poliomielite, malaria.

Mettiamo ancora una volta in rilievo l'utilità che può derivare al medico dalla consultazione di queste lezioni, nelle quali possono venir rilevati un'infinità di dati clinici, in parte non rintracciabili nemmeno nei trattati classici. M. F.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 19 maggio 1933.

Sulla reazione reticolocitaria alla ossiprolina.

G. BARBARO-FORLEO e L. ORLANDI. — La somministrazione di ossiprolina e di ossiprolina insieme ad acido ossiglutammico provoca in alcuni soggetti intense reazioni reticolocitarie, sotto certi aspetti paragonabili a quelle provocate dall'epatoterapia, dagli estratti epatici. A questa risposta reticolocitaria non corrisponde però alcuna azione terapeutica concomitante. In base a questi reperti e ad altri ricavati dalla letteratura gli OO. prendono in esame la interpretazione della cosiddetta crisi reticolocitaria ed ammettono che questa sia essenzialmente da considerarsi come una scarica in circolo di elementi immaturi preesistenti nel midollo in relazione alle condizioni di attività di esso.

Discussione: GREPPI, VILLA, ZOJA.

Rilievi clinici ed anatomo-patologici su alcuni casi di ittero emolitico.

A. ARRIGONI e C. COSSALI. — Gli OO. illustrano quattro casi di ittero emolitico splenomegalico, tre dei quali vennero fatti operare di splenectomia. Avendo essi avuto campo di studiare anatomicamente uno di questi casi, deceduto subito dopo l'intervento, ed essendosi negli altri due praticata la biopsia del fegato, esame che ritengono utile e consigliabile, per motivi diagnostici e prognostici, in sede dî ogni intervento eseguito su ammalati che presentano una splenopatia, portano un contributo anche alla conoscenza anatomica di questa affezione. Nel campo etiologico, si esprimono sfavorevolmente circa l'esistenza di casi di ittero emolitico che stiano a rappresentare un'acquisizione della forma morbosa nel corso della vita. Dal lato patogenetico ammettono la possibilità che. distintamente o contemporaneamente. tanto il fattore primitivo fragilità globulare, quanto il fattore primitivo iperattività del S. R. E., stiano alla base dell'iperemolisi.

Pur variando di intensità da caso a caso, l'indagine anatomica dimostra che, nell'ittero emolitico, l'iperplasia del S. R. E. è per lo più a carattere sistematico (spleno-epatica, linfoghiandolare, midollare), per quanto nella milza si identifichi l'organo che ne è maggiormente colpito. Esiste, infatti, un certo parallelismo fra il volume della splenomegalia e l'entità della sindrome clinica. La splenectomia, che riesce sempre di grande utilità nel trattamento delle forme pure di ittero emolitico, è sopratutto indicata nei casi in cui accanto alle manifestazioni ematologiche della malattia, esistono segni più o meno marcati di altre anomalie costituzionali.

Componenti igrometrica e barometrica della situazione meteorologica e morbosità difterica.

G. FACHINI e WILLY SCHWARZ. — Gli OO. partendo da considerazioni meteoropato-epidemiologiche sulla difterite esposte dal Wolter, si propongono di controllare i dati sperimentali che confortano tali opinioni. In via preliminare comunicano i risultati del confronto della cura della morbilità giornaliera con l'andamento quotidiano della umidità relativa e della pressione barometrica. Lo studio è condotto su materiale casistico di origine milanese e protratto per un periodo di 77 mesi consecutivi.

Considerazioni sugli equivoci diagnostici nei gliomi dell'encefalo.

M. CHIOVENDA. — L'O. riferisce 12 casi di gliomi dell'encefalo con breve o brevissimo decorso nosologico, dei quali la diagnosi fu equivocata (in 7 emorragia cerebrale o rammollimento; in 3 encefalite; in 2 meningite), mettendo in evidenza: 1) le strette relazioni che, nei gliomi dell'encefalo, intercorrono tra decorso clinico acuto e subacuto e fenomeni regressivi (emorragici od ischemici); 2) l'assenza di rapporti nei casi di sua osservazione, tra fenomeni regressivi (e quindi tra decorso clinico acuto e subacuto) localizzazione e tipo istologico del glioma. L'O. conclude facendo notare la frequenza dei fenomeni regressivi nei gliomi dell'encefalo e la loro grandissima importanza sul decorso clinico, preconizzando un'applicazione di queste conoscenze alla diagnostica clinica.

Discussione: MARCORA, CANTONI, CLIVIO.

Il Segretario: R. SCOTTI DOUGLAS.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta del 4 febbraio 1933.

Presidente: Prof. GIUSEPPE SABATINI.

Prof. A. SANNA. — *La proiezione idrica fa diminuire nel Polygonum Amphibium il quantitativo degli alcaloidi.*

Discussione: prof. SABATINI.

Un caso di cisticercosi cerebrale diagnosticato in vita.

Prof. C. RIZZO. — L'O. presenta un individuo di 61 anni, il quale soffre da quattro mesi di crisi convulsive jacksoniane localizzate prevalentemente ai muscoli mimici di destra e qualche volta all'arto superiore dello stesso lato.

In conseguenza di dette crisi convulsive, il malato ha una spiccata disartria transitoria ed una lieve, ma permanente, meiopragia agli arti di destra.

L'esame del liquido cefalo-rachidiano ha messo in evidenza una linfocitosi che è andata aumentando da 12,5 a 22 e poi a 102 leucociti per mm. nelle tre successive punture lombari, mentre l'eosinofilia è passata dal 10 % al 40 %.

Anche in questo caso, come in altri tre precedenti casi diagnosticati in vita e controllati al tavolo anatomico dall'O., la diagnosi di cisti-cercosi cerebrale è stata fatta in base all'eosinofilia del liquido cefalo-rachidiano.

La diatermo-coagulazione nella cura del distacco di retina.

Prof. D. CATTANEO. — L'O., ricordati i recenti metodi chirurgici proposti per la cura del distacco di retina e specialmente quello di Gonin della termo-puntura obliterante, quello di Guist-Lindner della cauterizzazione chimica a mezzo della potassa caustica e infine quello di Wewe della diatermo-coagulazione, descrive la tecnica da lui seguita, applicando la diatermo-coagulazione in casi

di distacchi di retina idiopatici e presenta gli ammalati trattati con questo metodo.

Particolarmente interessante il caso di un occhio afachico nel quale, mediante due applicazioni fatte contemporaneamente, si è ottenuto rapido riaccollamento della retina con ripristino della funzione visiva.

Dott. M. Pazzi Demurtas. — *Estratti di stomaco e glicemia.*

Seduta del 9 marzo 1933.

Dott. Sotgiu Rovelli e S. Repetto. — *L'acqua Fures di Solino e la sorgente Scalabroni nella miniera della Nurra.*

Discussione: proff. Sabatini, Bacialli e Cattaneo.

Prof. L. Scremin. — *Ricerche farmacologiche sui sali di cadmio.*

Contributo alla terapia incruenta del cancro del canale cervicale.

Prof. L. Bacialli. — L'O., passate in breve rassegna le tappe della terapia irradiante del cancro del canale cervicale, accennato ai vantaggi ottenuti, alle indicazioni, agli esiti remoti e ai confronti con la terapia chirurgica, si sofferma ad alcune considerazioni d'indole generica e particolare sui casi di carcinoma al limite dell'operabilità. Intende cioè riferirsi a quei casi nei quali l'azione del Radium o dei Raggi può dare ad essi l'indicazione di intervento con tranquillità e con relativa sicurezza di emostasi, di larga asportazione e di regolare ricostruzione.

Dopo aver insistito sulla necessità di considerare tuttora molto attentamente le statistiche, e dopo aver accennato alla questione assai personale della « operabilità » e della « inoperabilità », riferisce la sua esperienza su un gruppo di casi trattati con quantitativo di R. E. variabile fra i 30 e 40 milligrammi, ed un altro con un quantitativo minore dai 26 ai 30 milligrammi di R. E. diversamente filtrato ed applicato in vagina per un periodo di 8-10 giorni.

Del primo gruppo egli potè operare solo un caso 35 giorni dopo l'applicazione di 30 milligr. di R. E. mentre nel secondo gruppo egli ne operò 3 senza trovare difficoltà e potendo eseguire una larga asportazione dei tessuti paracervicali.

Dal complesso delle sue osservazioni sui 7 casi osservati e trattati l'O. si è andato convincendo come si possa realmente allargare il campo dell'intervento chirurgico mediante un opportuno trattamento esclusivamente col Radium. Per raggiungere lo scopo occorre però anche in questo campo particolare un giusto dosamento ed una opportuna difesa dei tessuti e degli organi viciniori. Senza dubbio si può ammettere che in molti dei casi in cui intervenendo dopo applicazione di Radium, si sono trovate gravi e numerose difficoltà operatorie, la tecnica ed il quantitativo di Radium usato non fossero quelli necessari ed adatti per quanto ogni singolo caso richiedeva.

Agglutinazione reciproca dei tipi dei generi pasteurella e brucella.

Dott. G. Dachena. — Dai risultati delle prove istituite viene dimostrato che non esiste, se non eccezionalmente, un'agglutinazione reciproca fra i tipi dei generi brucella e pasteurella ed in ogni caso mai verso quest'ultimo da parte dei sieri di animali colpiti da aborto epizootico. Altresì viene confermata l'impossibilità di ottenere, iperimmunizzando il coniglio con bac. plurisepticus, sieri agglutinanti ad alto titolo gli stessi bacteri.

Seduta del 28 marzo 1933.

Prof. L. Scremin. — *Osservazioni sull'abitudine dei gatti all'eroina.*

Proff. L. Scremin e G. Repetto. — *Osservazioni sull'azione di farmaci convulsivanti su animali decerebrati.*

La diatermo-coagulazione nella cura del tracoma.

Prof. V. Saba e dott. M. Pasca. — Gli OO. hanno sottoposto alla diatermo-coagulazione oltre sessanta ammalati di tracoma che presentavano forme a carattere ipertrofico, e che erano stati trattati con scarsi vantaggi con i comuni metodi di cura.

Per le applicazioni, sia sulla congiuntiva tarsale, come in quella bulbare o nella cornea hanno in genere seguito — con qualche lieve modificazione personale — la tecnica dell'elettrodo unico o della scintilla tiepida, consigliata da Mombrum e Casteran. Come elettrodo attivo hanno sempre usato un semplice ago da cucire ed una intensità di corrente che variava dai 150 ai 200 miliampères.

I risultati, sia nelle produzioni tracomatose, come nel panno corneale sono stati in genere molto buoni e nelle forme congiuntivali — con una o più applicazioni — si aveva la guarigione od un notevole miglioramento con la formazione di un tessuto di cicatrice molto regolare ed elastico. Nel panno si manifestava la regressione delle anse vascolari e del tessuto di infiltrazione con un ripristino di una buona trasparenza nella membrana corneale. Nelle trichiasi parziali la diatermo-coagulazione è da considerarsi il metodo di scelta per la sua semplicità e per la definitiva distruzione del follicolo ciliare. Il trattamento in tutti i casi si è mostrato innocuo e senza complicazioni. Contemporaneamente gli OO. hanno eseguito numerosi esami istologici per studiare gli effetti della diatermo-coagulazione nei tessuti tracomatosi, a diversi giorni di intervallo dal trattamento, ed espongono gli interessanti reperti osservati.

Discussione: prof. Marogna.

Sull'etiopatogenesi di alcune sindromi anemiche atipiche nel favismo.

Prof. A. Manai. — L'O., poichè ritiene che la malaria e la sifilide non siano malattie predisponenti al favismo, prende in considerazione l'influenza che esse possono avere sul costituirsi di alcuni tipi di anemia — a tipo pernicioso, aplastica — che conseguono ad un'emolisi più o meno grave prodotta dall'ingestione di fave e dall'inalazione dei fiori delle medesime.

Prende anche in esame i disturbi gastro-enterici, quale fattore eziologico e patogenetico di anemie a lento decorso nel favismo, nel quale in genere il ritorno alla norma del quadro ematologico, dopo l'attacco emoglobinurico avviene piuttosto rapidamente.

Discussione: Bentivoglio e Pupilli.

Il Segretario: A. Manai.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 1° marzo 1933.

Presidenza: Prof. M. DELLA PALMA, Vice-Presid.

Dott. O. BERTOLOTTI. — *La moderna classificazione delle emopatie e la loro terapia.* Conferenza.

La splenectomia nelle malattie del sangue.

Prof. G. PIERI. — La splenectomia sarebbe, secondo l'O., indicata nell'ittero emolitico, nella porpora cronica, nella malattia di Banti, nella splenomegalia emolitica tipo Strümpell. Egli riferisce sui risultati favorevoli ottenuti in un caso di anemia splenica tipo Banti, e in un caso di porpora cronica.

In una donna di 47 anni, che nel 1925 aveva cominciato a soffrire di debolezza e di dolori al fianco sinistro, nel gennaio 1926 fu constatato il quadro clinico ed ematologico di una grave anemia, ed una ipertrofia della milza. Questa fu asportata (il suo volume era doppio della norma) insieme a due piccole milze succenturiate. Si ebbe guarigione che si mantiene a distanza di oltre sette anni.

L'O. presenta un uomo di 44 anni che nel 1921 ammalò di reumatismo i cui attacchi gravi e subentranti erano accompagnati da un'imponente eruzione di porpora. Nel maggio 1926 fu eseguita splenectomia; la milza non dimostrava alterazioni macroscopiche evidenti, salvo un lieve aumento di volume. Seguì notevole miglioramento: gli attacchi si fecero sempre più rari e leggeri; negli ultimi due anni il paziente ha avuto complessivamente tre lievi attacchi, ognuno della durata di 2-3 giorni.

Tentativi di cura chirurgica del diabete pancreatico.

Prof. G. PIERI. — L'O. passa in rivista i vari metodi di cura chirurgica proposti per il diabete e riferisce sui risultati ottenuti in due giovani soggetti con grave diabete pancreatico.

Partendo dalla proposta recentemente avanzata (Ciminata, Donati) di enervare la capsula surrénale e avendo constatato che in un paziente da lui operato di capsulectomia sin. per ipertensione, si era verificato un notevole abbassamento della glicemia, che persisteva dopo oltre un anno, in un giovane di 23 anni, che da tre anni soffriva di diabete (glicosuria 20 per mille) il 6 luglio 1932, asportò la surrenale sinistra. Seguì abbassamento della glicosuria e un miglioramento dei sintomi soggettivi; ma il paziente nel dicembre ammalò improvvisamente e morì dopo circa due settimane; nè sui dati di questo episodio terminale è stato possibile avere una relazione medica.

L'O. presenta una donna di 32 anni che da un anno presentava sintomi di diabete (glicosuria 25 per mille, glicemia 2 per mille), e nella quale egli il 20 settembre 1932 praticò mediante una striscia aponeurotica, la legatura trasversale del pancreas immediatamente a sinistra della linea mediana. Anche in questo caso si ebbe un miglioramento soggettivo, ma la malattia non apparve influenzata: nel novembre la glicosuria era del 35 per mille, e nel gennaio 1933 la operata ebbe un tipico attacco di coma diabetico.

Sopra una rara anomalia della prima vertebra sacrale.

Dott. F. CUCCHINI. — L'O. dopo aver ricordate alcune nozioni concernenti la embriologia del rachide e specificamente i centri principali ed accessori di ossificazione della vertebra, presenta quattro casi di schisi dell'arco del primo metamero sacrale, con ossificazione separata e distinta dell'apice dell'apofisi spinosa della vertebra in esame. Si tratta di individui adulti, nei quali tale anomalia fu rilevata come reperto del tutto occasionale. Prescindendo dal valore che si possa o meno dare a questa anomalia in rapporto ad una sintomatologia clinica, è certamente interessante riconoscerla per non incorrere specialmente nell'errore di interpretare tale immagine come un piccolo frammento di frattura.

Rottura spontanea del tendine del lungo estensore del pollice.

Dott. A. DI PRAMPERO. — L'O. presenta un soggetto di 25 anni che mentre suonava il clarino avvertì un vivo dolore al polso sinistro, cui seguì impossibilità dei movimenti di estensione del pollice.

Sedici giorni dopo l'accidente fu scoperto il tendine del lungo estensore del pollice che era rotto a livello del margine distale del legamento anulare del carpo; i suoi capi si presentavano sfrangiati: si praticò la sutura con due punti di seta.

Seguì normalmente guarigione e ora (a 1 mese dall'accidente) i movimenti di estensione sono ripristinati quasi completamente.

L'O. pensa che la rottura apparentemente spontanea sia preceduta da un processo di usura a livello del legamento carpico il che spiega il sopraggiungere della rottura in seguito a un lieve sforzo.

Il Segretario: G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Associazione di sclerosi delle coronarie con iperglicemia e glicosuria.

Il constatare in un paziente sofferente di trombosi coronarica un'iperglicemia e una glicosuria può avere diversi significati.

Può tra l'altro trattarsi di una vera consociazione — per null'affatto rara — di un diabete con una sclerosi coronarica. Associazione nota da tempo. La vasculosclerosi viene considerata a ragione come una delle più temute complicazioni del diabete mellito. Negli ultimi anni poi la frequenza della trombosi coronarica e della sua consociazione con la sindrome diabetica è aumentata.

Prova ne sia che Scherf (*Wien. Klinik Wochsch.*, 20 genn. 1933) ha osservato nella sezione cardiologica della Clinica di Vienna, nove casi di trombosi coronarica nel corso di otto mesi. In due di questi non vi era nè iperglicemia nè glicosuria. In sei ambedue questi sintomi si sovrapponevano a quelli della coronarite.

Iperglicemia e glicosuria (raramente anche acetonuria) che non sono soltanto e sempre conseguenze di dolori intensi, legati alla malattia cardiovascolare, o successive a stati di shock; si constatano infatti in soggetti che mai ebbero shocks, che hanno pressione elevata, e furono osservate in un soggetto in cui la trombosi delle coronarie decorreva del tutto indolora.

Tra i numerosi fattori che nel corso di una trombosi coronaria possono dar luogo ad una iperglicemia, l'autore afferma sostenere un ruolo di primaria importanza le modificazioni della regolazione della pressione sanguigna.

Il valore pratico e diagnostico dei segni glicemici e glicosurici nel corso di trombosi coronarica è discutibile. M. Coppo.

Angina di petto curata con resezione del simpatico cervicotoracico.

Jauregui (*Soc. de Cirugia de Buenos Aires*, novembre 1932) presenta dopo 5 anni e 3 mesi un ammalato da lui operato di resezione del simpatico cervico-toracico per angina pectoris.

Si trattava di un ammalato che da 7 anni era sofferente di attacchi intermittenti di angina. Negli ultimi tre mesi gli attacchi erano diventati più frequenti fino a raggiungere il numero di 20 al giorno. Esaurite tutte le risorse della terapia medica si decise a tentare l'intervento chirurgico. Fu praticata la resezione del simpatico cervico-toracico. Il risultato fu ottimo. L'infermo ha ora 60 anni e fuma, cammina, lavora senza alcun disturbo.

L'A. richiama l'attenzione su un fatto di valore prognostico, cui viene attribuito grande importanza da Leriche e che anche nel suo caso è stato confermato. Se durante la resezione del simpatico cervico-toracico, nel momento in cui si recide il ganglio stellato l'infermo accusa un grave dolore precordiale, e se iniettando qualche goccia di novocaina nel ganglio stesso il dolore cessa subito, si deduce che l'infermo con tutta probabilità guarirà dal suo male. A. Calcagni.

Aneurisma dell'arteria splenica.

E. Ludbac (*Acta Chir. Scand.*, 1932) descrive un caso di aneurisma dell'arteria splenica calcificato e da lui operato con successo con la splenectomia. Dei 51 casi descritti con sicurezza nella letteratura, solo 8 sono stati operati con successo; degli altri operati (26) si ebbe la morte per cause varie (emorragie gastro-intestinali per la grande maggioranza).

Nel caso dell'A. il fatto che si era calcificato rese visibile allo schermo l'aneurisma e richiamò l'attenzione sulla possibilità di quest'affezione relativamente rara e pertanto, escluse le altre affezioni che potevano dare un simile reperto radiologico, si procedette all'intervento. L'aneurisma, come nella maggior parte dei casi della letteratura, era situato in prossimità dell'ilo. V. Ghiron.

Le sanguisughe nella tromboflebite.

H. G. Oden (*Medizin. Welt*, 18 marzo 1933) ha usato le sanguisughe non soltanto come mezzo profilattico, ma anche come terapia della tromboflebite, specialmente negli stadî iniziali, con presenza di dolori alla pianta dei piedi.

Si applicano 2-3 sanguisughe nel punto dove il dolore è maggiore ovvero in quello in cui vi sono i maggiori fatti infiammatori, per lo più nel territorio della safena. Staccatesi le sanguisughe, si applica una medicatura lassa, in modo che il sangue scoli ancora dalle piccole ferite. Al giorno seguente, si mette dell'elastoplast ed il paziente può alzarsi.

Nei casi iniziali, il dolore scompare alla sera stessa dell'applicazione od il giorno dopo. I pazienti possono alzarsi dopo pochi giorni e si evitano così tutte le complicazioni che si hanno con la lunga permanenza in letto di individui di età avanzata. Il procedimento è semplice ed alla portata di qualunque medico pratico. *fil.*

Nell'ipertonia primaria.

J. Pal (*Wiener Klin. Wochens.*, 24 marzo 1933) sconsiglia i mezzi che agiscono bruscamente e provocano delle oscillazioni di pressione che sono assai dannose. Preferisce invece ricorrere alle combinazioni xantiniche, quali la teobromina ed i suoi sali (salicilato di sodio e teobromina, cioè diuretina e sue combinazioni con calcio, jodio, ecc.). Tali medicamenti hanno il vantaggio di un'azione che non è nè acuta nè transitoria. È però necessario sommi-

nistrarli a dosi non troppo piccole e non frazionate.

Si daranno, quindi, tre dosi di 50 cg., nel pomeriggio a 2 ore di distanza e si otterranno così notevoli vantaggi, anche nei casi di disposizione ad attacchi di angina pectoris e negli stadi precoci dell'arteriolo-sclerosi renale.

Le combinazioni con lo jodio sono utili anche per combattere l'aterosclerosi; non vanno però somministrate se esistono lesioni renali.

fil.

DIETETICA.

Indicazioni ed inconvenienti del regime latteo nelle malattie epatiche.

Si è a lungo insistito tempo fa sui vantaggi del regime latteo nelle malattie epatiche. N. Fiessinger (*Journ. des praticiens*, 18 marzo 1933) osserva però che non bisogna esagerarne l'importanza.

I *vantaggi* sono essenzialmente i seguenti: 1) facilità di prescrizione; 2) qualità dinamogeniche per la sua costituzione chimica complessa; 3) facilità di digestione; 4) proprietà diuretiche. Si tratta quindi di un regime di riposo, inferiore però a quello idro-zuccherato, che però può essere continuato soltanto poco tempo a causa della sua insufficienza dinamogenica.

Viene pertanto prescritto nelle affezioni parenchimatose del fegato, in quelle mesenchimatose (cirrosi, in cui agisce per il fatto di essere ipoclorurato e lattosato e, quindi diuretico), nelle affezioni delle vie biliari (alimento di riposo debolmente colagogo), nelle coliche epatiche a ripetizione (alimento di riposo).

Fra gli *inconvenienti*, è anzitutto da citarsi l'intolleranza, che può essere grande (vomiti facili, diarrea rapida e ribelle) e piccola (senso di pesantezza e di acidità gastriche, testa pesante, talora vomiti).

Nel primo caso, il latte verrà senz'altro sospeso; nel secondo, si tratta più che altro di errori di tecnica, nel senso che il latte viene bevuto in fretta e forma un grosso coagulo difficilmente digeribile.

Inoltre, il latte dà costipazione (costante negli itteri e nelle cirrosi) e fa dimagrire, per apporto insufficiente di principi alimentari.

Per quanto riguarda le singole malattie epatiche, si possono avere le seguenti indicazioni:

1) *Itteri*. Riservare il latte ai soli itteri gravi con sindrome emorragica e nervosa; nella forma catarrale benigna, alimentare il malato (verdure, salvo i cavoli, puree, paste, frutta cruda e cotta). Nelle forme febbrili, il regime latteo costituisce un punto di passaggio da quello idrico al latteo-vegetariano. Negli itteri cronici da ritenzione, completare il regime latteo con lipidi ed idrati di carbonio.

2) Nelle *cirrosi*, il regime deve seguire le fasi della malattia ed essere latteo quando vi sono dei segni di deficienza parenchimatosa.

3) Nelle *epatiti febbrili*, il regime latteo è indicato più per lo stato generale che per quello del fegato. Nella *litiasi biliare*, il regime latteo va limitato ai casi seguenti: coliche epatiche subentranti, attacchi di ittero febbrile dei calcoli del cistico, colecistite acuta febbrile, calcoli del coledoco, angiocolite e suppurazioni epatiche consecutive.

In tutti i casi, il regime latteo non va continuato a lungo soprattutto per la carenza in cellulosa che si manifesterebbe (costipazione, anoressia, restrizione alimentare). Per combatterla sono quindi necessarie delle minestre e della frutta(specialmente mele, fichi freschi o cotti, uva, arancie, mirtilli).

fil.

La dieta chetogenica nella terapia delle infezioni urinarie dei bambini.

Mediante l'uso di una dieta chetogenica, si possono conferire all'urina delle proprietà battericiche quando il pH si abbassa al disotto di 5,6. Tale potere battericida non sembra dovuto alla sola acidità od alla sola presenza di acido diacetico e di sodio diacetone. Probabilmente l'acidità agisce sinergicamente con sostanze non ancora bene determinate.

L'urina chetonica (*ketonurine*, secondo la denominazione di H. F. Helmholz, *Journ. am. med. assoc.*, 15 ott. 1932), cioè il tipo di urina che si ha con la somministrazione della dieta chetogenica, costituisce un antisettico eccellente per fare scomparire le infezioni urinarie; la chetonuria si è dimostrata anche utile per la preparazione di pazienti ad operazioni nel tratto urinario.

È nota l'applicazione che si fa della dieta chetogenica nell'epilessia. Per lo scopo che si prefigge l'A., cioè per combattere le infezioni urinarie, si somministra una dieta con circa 50 calorie ed un grammo di proteina per kg. di peso. Così, per un bambino di 30 kg., si incomincia con 30 grammi (120 calorie) di proteina, 70 di carboidrati (280 calorie) ed il resto, fino a 1.500 calorie in grassi (g. 120). Al secondo giorno, i carboidrati si riducono a 50 g. e si aumentano corrispondentemente i grassi; al terzo giorno, 30 g. di carboidrati, al quarto 20, al quinto 15 ed al sesto 10, sempre aumentando corrispondentemente i grassi. In tal modo, si assicura la chetosi, dimostrata dalla reazione fortemente positiva per l'acido diacetico; nella maggior parte dei casi, il pH discende sotto 5,5, in pochi giorni; se non si arriva a tale cifra, si somministrerà il cloruro d'ammonio (1-3 grammi al giorno) fino ad ottenere il risultato desiderato. In 5-10 giorni, si potrà avere la sterilizzazione dell'urina.

L'A. ha ottenuto la scomparsa dell'infezione urinaria in 8 dei 9 casi trattati, 3 dei quali avevano gravi anomalie del tratto urinario. Nell'unico caso resistente alla cura, si trattava di un bambino con ipospadia ed infezione da *Proteus vulgaris*. In tal caso, quando il pH rimase a 5,6 si aveva notevole riduzione dei microorganismi, che diventavano invece innumerevoli quando il pH risaliva a 6,1.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ricerche cliniche sulle funzioni della milza con speciale riguardo al paragone tra il sangue venoso ed arterioso della milza.

Scopo di M. Kurn (*Arch. Klin. Chirurgie*, Bd. 174, 2 H.), fu di studiare l'influenza dell'asportazione della milza sui corpuscoli rossi e bianchi, e sulle piastrine; sulla reazione dell'adrenalina e sulla resistenza dei corpuscoli rossi. Inoltre studiò i cambiamenti dell'albumina del siero e del plasma, della colesterina nel sangue e del contenuto di bilirubina del siero. Ricercò anche l'influenza della asportazione della milza sulla viscosità del sangue e sulla velocità di sedimentazione degli eritrociti, nonchè sul tempo di emorragia e di coagulazione. Ed in ultimo prese in paragone il sangue venoso con quello arterioso della milza.

Tali ricerche furono compiute in 20 casi operati: in un caso di legatura dell'arteria splenica, ed in 19 di splenectomia. Essi si riferivano a 3 casi di ittero emolitico, tra i quali uno era splenogeno; 8 casi di morbo di Banti; 2 casi di trombopenia essenziale, 2 casi di rottura sottocutanea della milza, un caso di splenomegalia ed uno di epatosplenomegalia (sintomatologia complessa di Banti), un caso di cancro dello stomaco nel quale a causa della aderenza della milza si dovette fare la splenectomia ed un caso di milza migratoria, come indicazione per la splenectomia. Si ebbe una mortalità ospedaliera di 15.8 %.

In 15 casi l'Autore ha avuto l'occasione di esaminare con cura clinicamente gli ammalati.

L'A. nel lavoro mette in luce che nella splenectomia bisogna distinguere le alterazioni ematiche consecutive e comuni a tutti gli atti operatori e quelle da riferirsi alla splenectomia in sè. Perciò egli prende, con riferimento a quest'ultima, in considerazione le alterazioni ematologiche che si verificano dopo la 7ª settimana.

Su tale indirizzo egli mise in evidenza che in armonia a quanto asserisce Laude, una parte di tali alterazioni dopo splenectomia è da ascriversi al disturbo di correlazione di tutto l'apparato ematopoietico. Ma risulta che l'azione distruggente i corpuscoli di sangue nella milza prende il primo posto in alcune malattie. A favore di ciò depone l'aumento di bilirubina nel sangue venoso della milza ed anche la diminuzione nella colesterina degli eritrociti come anche la diminuzione di resistenza globulare, che si può a volte costatare. È da riferirsi strettamente alla splenectomia un aumento di piastrine nel sangue e degli eritrociti, eosinofilia, monocitosi ed un aumento di colesterina nel plasma.

Inoltre si riscontrò anche aumento di resistenza degli eritrociti, la presenza dei corpuscoli di Howel e Jolly ed aumento di colesterina nei corpuscoli rossi. Queste ultime alterazioni sono più durature. V. JURA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. M. P. da Gera Lario:

Le infiltrazioni ed indurimenti dei tessuti perivenosi conseguenti ad iniezioni endovenose di preparati arsenobenzolici sono dovute a fuoriuscita extra vena di qualche goccia del liquido. In tale eventualità, è consigliabile di iniettare subito attorno all'infiltrato una certa quantità di soluzione fisiologica col ½ % di novocaina. Formatosi l'indurimento, che talvolta è addirittura di consistenza lignea, non vi è che fare delle applicazioni calde e caldo-umide per tentare di accelerarne la risoluzione che è sempre piuttosto lenta. *fil.*

VARIA.

Cambiamento puberale del colore degli occhi.

La pubertà estende alla maggior parte degli organi la sua influenza modificatrice dei processi di crescenza. Non risulta però che gli AA. che si sono occupati del colore degli occhi abbiano osservato modificazioni nel colore, come invece le ha rilevate P. Godin (*Bull. Académie de méd.*, 9 maggio 1933).

Alla superficie del disco colorato dell'occhio, si distinguono due zone; l'una interna che circonda immediatamente la pupilla e l'altra esterna che si estende fino al limite esterno del disco irideo e dà all'occhio la sua colorazione dominante. Talvolta uno stesso colore appena digradante verso il centro copre le due zone, come si osserva per il colore bruno scuro. Invece, nel 50 % circa le due zone sono distinte.

Da osservazioni dell'A. risulta che il 50 % degli adolescenti cambiano la colorazione dei loro occhi all'avvicinarsi della pubertà; tale cambiamento determina un rischiaramento.

Nel corso dei quattro anni presi in esame (dai 13 e mezzo ai 17 e mezzo) i colori intermediarii (pure distaccandosi dalla colorazione di fondo o dai colori sovrapposti (strie, macchie, moschettature, punteggiature, raggi) non mostrano una progressione regolare verso la colorazione finale e sembrano anzi sfuggire ad ogni regola.

Con l'osservazione semestrale durante il periodo anzidetto di età, si può costruire una scala oculo-cromatica, tenendo conto delle infinite combinazioni e dei cambiamenti che esse subiscono all'epoca della pubertà.

La conoscenza di tale evoluzione eviterà l'imbarazzo che può presentarsi rilevando a 17 anni un colore differente da quello osservato a 15.

Nei casi di pubertà tardiva, i cambiamenti di colore del pigmento sono più numerosi. La stabilizzazione cromatica si reealizza quando la pubertà è terminata, circa due anni dopo il suo inizio.

La base di questo studio è stata data dai maschi, ma lo stesso fenomeno si osserva anche nelle femmine. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per le assicurazioni contro le malattie professionali.

Presso il Ministero delle Corporazioni si è riunita la Corporazione dell'Industria, presieduta da S. E. Biagi.

Tra gli argomenti posti all'ordine del giorno e di cui la Corporazione ha iniziato l'esame, è il Regolamento per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

I principii fissati in materia dal Decreto, la cui attuazione prevederà il Regolamento in discussione, sono a grandi linee i seguenti:

La nuova assicurazione, secondo il sistema da essa adottato, si fonda sulle stesse basi giuridiche di quella per gli infortuni sul lavoro e ha riguardo, nel limite del campo di applicazione di questa, a determinate lavorazioni indicate in un'apposita tabella in rapporto ad alcune malattie di cui possono essere causa.

Il Decreto dovrebbe constare di ventidue articoli, alla loro volta completati da una tabella, dove sono tassativamente indicate le malattie indennizzabili (causate da vari tipi di intossicazione). Lo spirito del Regolamento è di prendere in considerazione i rischi professionali solo per le elencate lavorazioni e quando concorrano le condizioni per l'assicurazione infortuni. Il rischio si vuole sia risarcito con prestazioni il cui onere viene sostenuto dai datori di lavoro mediante un aumento del premio o contributo per l'assicurazione infortuni.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ancona. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 31 agosto. Direttore del Consorzio e del Dispensario; L. 16.000 già depurate del 12 %, 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a. al 25 giu.; ind. serv. att.; tassa L. 50; rivolgersi alla Segreteria, piazza Roma, Amministrazione Provinciale.

Apecchio (*Pesaro*). — Scad. 15 agosto; per Serravalle di Carda; L. 8000 fino a 250 poveri, 5 quadrienni dec., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Borgo a Mozzano (*Lucca*). — Scad. 15 ag.; lire 9000 oltre L. 2000 trasp., L. 840 c. v.

Castellamonte (*Aosta*). — Scad. 16 ag.; 1ª cond.; L. 9000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 500 bicicl.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Castel Campagnano (*Benevento*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 8000 aumentabili di un decimo ogni quattro anni di servizio effettivo prestato e per non più di 5 volte, nonchè annue lire 1740 per indennità cavalcatura. Stipendio e indennità sono soggetti alle trattenute di legge e alla riduzione del 12 %. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le relative modalità ed altre notizie, possono desumersi dal bando di concorso 14 giugno da richiedersi alla Segreteria del Comune di Castel Campagnano, debbono pervenire a detta Segreteria non oltre le ore tredici del 12 settembre 1933.

Cavriago (*Reggio Em.*). — Scad. 31 lug.; lire 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 ind. categoria e L. 2000 trasp.

Cerami. — Vedi Enna.

Chiari (*Brescia*). *Ospedale Mellini Chiari.* — Scad. 31 lug.; primario medico; docenza in patol. med. ovvero 5 anni di aiuto in Clinica universit. od in Ospedale di capoluogo di Provincia; lire 10.000, oltre L. 500 per la direzione del Reparto Tbc. Rivolgersi all'Amministrazione.

Clana (*Fiume*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 oltre L. 2000 serv. att., c.-v., detraz. 12 %; indenn. bicicletta L. 500; ambulat. L. 500.

Corte Franca (*Brescia*). — Scad. 15 agosto; con Adro; L. 9000 oltre indenn. mezzo trasp. (L. 3000 se automobile), L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %.

Cutro (*Catanzaro*). — Scad. 15 lug.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.

Dervio (*Como*). — Scad. 20 lug., ore 17; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dall'1 giu.; stip. L. 9000 per 400 pov., addizionale L. 5, bicicl. L. 700, ambul. L. 500, 4 quinquenni dec.

Enna. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo L. 14.000 con tre aumenti quadriennali. Servizio attivo lire 3700 annue e indennità caro-viveri nella misura in atto corrisposta agli altri impiegati della Provincia e fino a quando sarà mantenuta, il tutto ridotto del 12 %. Età non superiore agli anni 45 salvo eccezioni di legge. Documenti e modalità stabiliti dal R. Decreto del 16 gennaio 1927, n. 155. Scadenza 31 luglio 1933.

Enna. *R. Prefettura.* — Posto di Ufficiale Sanitario nel comune di Cerami. Stipendio lordo L. 6000 annue. Scadenza 15 agosto 1933. Limiti di età anni 45, salvo le esenzioni dai limiti previsti dalla legge.

Fabbrica Curone (*Alessandria*). — Per titoli. Stipendio residenziale L. 8000, oltre L. 1000 per indennità mezzi di trasporto, e L. 600 stipendio di ufficiale sanitario. Età massima anni 45. Nessun limite di età per medici di servizio ed altre condotte. È fatto salvo l'accertamento delle idoneità fisiche dei concorrenti. Documenti di rito. Obbligo al nominato di assumere servizio entro un mese e della residenza nel capoluogo Garadassi. Scadenza 31 agosto 1933.

Foggia. *Amministrazione Provinciale.* — Il Preside, con avviso del 30 giugno u. s., notifica che al bando di concorso del 29 marzo 1933-XI, con deliberazione 14 giugno 1933, resa esecutoria con visto Prefettizio del 26 giugno, sono state apportate le seguenti variazioni ed aggiunte: 1) prorogarsi sino alle ore dodici del 17 luglio 1933, il termine per la presentazione delle domande e dei documenti; 2) richiedersi ai concorrenti, il certificato della Segreteria Federale che attesti la loro iscrizione al Partito Nazionale Fascista a norma dell'art. 2 del Decreto 17 dicembre 1932 di S. E. il Capo del Governo. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

Fusignano (*Ravenna*). — Scad. 15 lug.; 1ª cond.; L. 9000 e 10 bienni ventesimo, oltre c.-v., L. 1000-2500 trasp., L. 1000 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a. al 15 lug.; tassa L. 50,10.

GAETA (*Roma*). — Scad. 15 ag.; 3° reparto; lire 8500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Scad. 1° agosto, ore 15; tre aiuti (in ostetricia e ginecologia, in radiologia e terapia fisica e in pediatria chirurgica); titoli ed esami; L. 5000 lorde del 12 %; nomina e conferme triennali fino a 45 a.; tassa L. 50 al tesoriere; doc. a 3 mesi dal 15 giu. Chied. annunzio.

GORGOGLIONE (*Matera*). — Per titoli. Stipendio annuo lordo L. 6160. Scadenza 22 luglio 1933-XI. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

GRISOLERA (*Venezia*). — Scad. 31 agosto; 2ª condotta; eventualm. esami; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 1000-2500-3000-4000 trasp. (a seconda del mezzo); riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa lire 50,10.

LA MADDALENA (*Sassari*). — Scad. 15 agosto, ore 12; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; riduz. 12 %; c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. non anter. al 10 marzo.

LOZIO (*Brescia*). — Il Podestà informa che la scadenza del concorso al posto di medico-chirurgo di questo comune, di cui l'avviso pubblicato nel precedente nostro N. 23, dal 20 agosto è prorogata fino al 30 settembre 1933.

LUCCA. *Comune*. — Scad. 1° sett.; 1° Reparto (S. Marco); L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 serv. att., L. 1500 trasp.; emolumenti da decurtarsi del 12 %; c.-v.

MARANO TICINO (*Novara*). — Scad. 31 lug.; lire 8000 e addizionale L. 4 oltre 200 pov.; L. 500 uff. san.; L. 500 cavalc.

MERANO (*Bolzano*). — Scad. 31 lug.; L. 10.560 oltre L. 3520 per cura affetti da malattie celtiche.

NUORO. — Il podestà di Nuoro bandisce il concorso per un posto di Vigile Sanitario. Scadenza ore dodici del 30 luglio 1933. Per chiarimenti rivolgersi al Podestà di Nuoro.

POGGIO MIRTETO (*Rieti*). — Scad. 31 lug.; 2ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; addizionale L. 4 da 1001 a 2000 poveri; riduz. 12 %; per cavalc. L. 2552 nette; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PONTIDA (*Bergamo*). — Scad. 31 lug.; L. 10.000 e 5 quinquenni dec., c.-v., L. 577 uff. san., L. 300 ambulat., addizionali L. 2 e L. 5, per tutti i poveri, decurtaz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

POPPI (*Arezzo*). — Scad. 31 ag.; per Badia Prataglia; L. 7920 oltre L. 729 c.-v.; ritenute di legge; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 1° giu. Chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato)*. — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Senigallia, Magione, Fabriano III, Pescara IV, Portocivitanova II (Ancona); Parma III, Nogara I, Fratta Polesine, Stanghella, S. Arcangelo di Romagna, Ferrara III (Bologna); Bonorva II, Bonorva I, Macomer I (Cagliari); Borgo a Buggiano (Firenze); Taggia, Diano Marina, S. Margherita Ligure (Genova); Caravaggio I, Casteggio (Milano); Fragneto Monforte, Torre Annunziata II, Campolieto (Napoli); S. Vincenzo I, S. Vincenzo II (Pisa); Vallelunga I (Palermo); Omignano (Reggio Calabria); Anzio II, Bieda, Montefiascone, Prezza, Rivisondoli Pescocostanzo, Carpinone, Pescolanciano (Roma); Omegna, Carmagnola, Bagnasco, Ceva I, Fossano (Torino); Belluno II, Calalzo Piede di Cadore (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 31 luglio 1933-XI.

ROVIGO. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 31 agosto; medici direttori delle Sezioni dispensariali di Adria, Lendinara, Badia Polesine, Castelmassa e Contarina di Porto Viro; L. 3000 ciasc.; chilometraggio L. 0,70; età lim. 45 a. al 20 giu. e 2 anni di abilitazione; nella domanda indicare la Sezione a cui si aspira; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

S. ANGELO A CUPOLO (*Benevento*). — Scad. 27 ag.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

S. GIUSTINA IN COLLE (*Padova*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 900 serv. att., L. 3000 cavallo o automobile, c.-v., L. 800 uff. san., L. 100 ambulat.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

S. MARGHERITA LIGURE (*Genova*). *Ospedale Civile*. — Medico interno; proroga a tutto il 31 luglio.

SERRAVEZZA (*Lucca*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 1500 cavalc.

TALIA (*Arezzo*). — Per titoli. Stipendio annuo iniziale L. 7920 già dedotte del 12 % (aumentabili di un decimo per ogni quadriennio fino a cinque quadrienni), con la indennità netta di L. 440, per l'uso della bicicletta o di L. 2464, per l'uso del cavallo e con la indennità temporanea di caro-viveri nella misura accordata agli altri impiegati del Comune; gli sono inoltre assegnate L. 1000 a rimborso spese conduzione ambulatorio, custodia e gestione Armadio farmaceutico, nonchè L. 418, già nette del 12 %, per assegno quale Ufficiale Sanitario. Stipendio ed emolumenti sono soggetti alle ritenute di legge, a quelle del Monte Pensioni e contributo all'I.N.I.E.L. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla predetta Segreteria non più tardi delle ore diciotto del 1° ottobre 1933.

VALMADERA (*Como*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., c.-v., L. 1300 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VIMERCATE *Ospedale Civile*. — Scad. 15 sett., ore 12; medico chirurgo primario direttore; lire 20.000 e 5 quadrienni dec., più partecipaz.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; doc. non anter. al 31 mag.; tassa L. 50,10. Abitaz. gratuita; libertà di esercizio. Chiedere annunzio.

ZEVIO (*Verona*). — Scad. 31 lug.; 2° reparto; lire 8000 oltre L. 2500-3000 trasp., L. 300 ambulat., c.-v.; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

L'amministrazione degli Ospedali di Venezia ha offerto una medaglia d'oro e il titolo di emerito al prof. Picchini — andato a riposo dopo un trentennio di primariato medico — in riconoscimento dell'alto valore e del lungo servizio prestato.

Il premio Bandelec de Pariente, istituito dall'« Umfia », è stato assegnato quest'anno al dott. Lopez-Ruiz. Il conferimento è stato fatto dal decano dell'Università di Parigi.

NOTIZIE DIVERSE.

Sistemazione di centri universitari.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato, su proposta del Ministro dei Lavori Pubblici, uno schema di provvedimento relativo all'autorizzazione della spesa di L. 55.000.000 da erogarsi in 5 esercizi quale concorso dello Stato nella sistemazione edilizia delle RR. Università di Padova, Firenze e Pavia, così ripartite: per l'Università di Padova lire 35.000.000; per l'Università di Firenze lire 13.500.000; per l'Università di Pavia lire 6.500.000.

Con tale contributo viene assicurato il finanziamento del programma dei lavori predisposto, per l'importo di complessive L. 71.500.000, comprese le quote a carico degli enti interessati, allo scopo di sistemare, costruire ed arredare gli edifici più essenziali, specialmente le cliniche e gli istituti scientifici, occorrenti perchè questi tre importanti centri universitari siano messi in grado di rispondere sempre più adeguatamente alle moderne esigenze degli studi e al continuo aumento della popolazione scolastica. È stato deciso di ridurre da sei a quattro anni il tempo stabilito per il definitivo assetto edilizio dell'Università di Pisa. Questi lavori daranno inoltre occupazione nei prossimi anni a masse ingenti di operai, in ognuna delle quattro città.

Il Consiglio dei Ministri ha anche approvato, su proposta del Ministro dell'Educazione Nazionale, uno schema di provvedimento concernente la concessione alla R. Università di Roma di un contributo straordinario di L. 300.000 per l'arredamento ed il completamento della Clinica delle malattie tropicali e subtropicali.

Negli istituti assicuratori.

Il presidente dell'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza Sociale, on. Bottai, ha illustrato al Capo del Governo, ministro delle Corporazioni, il piano dei lavori per il periodo estate 1933 - primavera 1934. Tale piano comprende, tra l'altro, 34 sanatori in corso di esecuzione, 10 edifizi sanatoriali i cui lavori saranno appaltati prossimamente, 2 grandi stabilimenti di cure termali (a Battaglia in prov. di Padova e a La Fretta in prov. di Forlì). Il vasto programma verrà ad accrescere in misura cospicua l'attrezzamento nazionale in materia di opere assistenziali, a vantaggio della salute pubblica.

Con grande solennità l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha celebrato, il 18 giugno, il ventennio della sua fondazione; alla cerimonia era presente il Capo del Governo. Il presidente dell'Istituto, sen. Bevione, ha letto un'ampia relazione, che documenta lo sviluppo poderoso dell'Ente, sovratutto nell'ultimo decennio, con 11 miliardi e mezzo di capitali assicurati; ha illustrato le provvidenze sanitarie adottate ed in particolare le visite mediche periodiche. L'on. Mussolini si è compiaciuto dei risultati.

Nell'approvare il bilancio per il 1932, il Consiglio d'amministrazione ha messo a disposizione del Capo del Governo 3 milioni di lire per opere assistenziali.

Su proposta del Ministro delle Corporazioni, il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di Decreto concernente l'ordinamento dell'Istituto Nazionale Fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.

Il provvedimento costituisce l'ordinamento della già Cassa Nazionale Infortuni, rafforzando le funzioni presidenziali nei riguardi dei varî organi dell'Istituto e modificando la composizione del Consiglio di amministrazione, per renderlo più aderente ai maggiori interessi che rappresenta l'Istituto unico per l'assicurazione contro gli infortuni.

5° Congresso internazionale di urologia.

La Società internazionale di urologia si adunerà a Londra dal 10 al 14 luglio, sotto la presidenza di sir John Thomson-Walker. Temi: « Tumori della pelvi renale e dell'uretere » (relatori S. Pascual, F. Van den Branden, J. Swift Joly); « Pielografia per via discendente » (relat. A. von Lichtenberg, C. Ravasini, Ogier Ward); « Chirurgia del collo vescicale » (relat. Murion, Weijsland e Kenneth Walker). Segretario è il dott. J. Swift Joly, Royal Society of Medicine, Wimple Street 1, London W. 1.

Congresso internazionale di stomato-odontologia.

Dal 23 al 28 luglio si terrà a Edimburgo il congresso annuale della « Fédération Dentaire Internationale » contemporaneamente alla riunione dell'Associazione britannica.

Il Comitato permanente per il collegamento con l'estero, per l'Associazione Stomato-Odontologica, ha preordinato il viaggio per Edimburgo; concentramento a Torino per l'andata e in comitiva (partenza il 21 luglio a ore 15, dalla stazione di P. N.) e ritorno libero per chi, al termine del Congresso, desidera visitare la Scozia e Londra, e ritornare per la via del Belgio o dell'Olanda.

I colleghi che intendono partecipare alla riunione sono invitati a mandare l'adesione al comm. Amedeo Goia, via Bertola 49, Torino. Per tutte le notizie di indole turistica, per varianti all'itinerario di ritorno, fermate o visite a città o regioni, rivolgersi direttamente all'Agenzia Alessandro Perlo, Galleria Nazionale, Torino.

Nuova regolamentazione del servizio sanitario militare.

Nel primo semestre di quest'anno il Ministero della Guerra ha proceduto ad una vera e propria rinnovazione della intera regolamentazione sul servizio sanitario militare.

Sono stati pubblicati difatti: 1) Regolamento sul servizio sanitario militare territoriale, che abroga e sostituisce il precedente del 1903; 2) Istruzione per l'igiene dei militari del R. Esercito, che abroga e sostituisce la precedente pure del 1903; 3) Istruzione sul servizio dei portaferiti, degli infermieri e degli aiutanti di sanità, che abroga e sostituisce le precedenti due istruzioni del 1900; 4) Istruzione sul servizio delle disinfezioni e delle disinfestazioni, completamente nuova; 5) Appendice alla suddetta istruzione sul servizio delle disinfezioni e delle disinfestazioni.

Sono inoltre di imminente pubblicazione: *a*) Appendice all'istruzione sul servizio dei portaferiti, degli infermieri e degli aiutanti di sanità; *b*) norme per la statistica sanitaria militare, che sostituiranno ed abrogheranno le precedenti del 1904.

1° Centenario del Corpo sanitario militare.

Il 5 giugno, nell'Ospedale Militare di Roma, con rito austero si tenne la festa annuale del Corpo Sanitario Militare ed, insieme, si celebrò il 1° cente-

nario di fondazione del Corpo. Alla cerimonia intervennero altissime personalità. Parlarono il col. medico Napoletani, direttore di Sanità del Corpo d'Armata, e il gen. Ciacchi in rappresentanza del comandante la Divisione.

Cerimonie consimili si sono svolte in molte altre città d'Italia.

Per i sanitari francesi morti in guerra.

È stata aperta in Francia una sottoscrizione nazionale per onorare la memoria dei caduti in guerra appartenenti al Servizio di sanità militare. Verrà eretto un monumento a Lione, nella città universitaria della Grande Blanche.

L'omaggio è destinato a perpetuare il ricordo di 1250 medici, 335 farmacisti, 148 ufficiali d'amministrazione, 900 militi che hanno dato la vita alla Patria, nonchè quello degli infermieri e delle infermiere, dei dentisti, dei veterinari, ecc.

La proporzione delle perdite è stata così alta, da far mettere i servizi sanitari subito dopo la fanteria.

Durante la guerra il servizio di sanità assunse grande importanza nei riguardi dell'efficienza dell'esercito: basti considerare che, nel 1916, permise il recupero del 76 % dei feriti e malati e nel 1917 dell'88 %. Ha tutelato efficacemente la salute degli effettivi. Si ammette oggi, non a torto, che il Servizio sanitario costituì uno dei fattori principali della vittoria.

L'intero Paese sente il dovere di associarsi all'omaggio di riconoscenza verso il Servizio di sanità militare, come già è stato fatto in Italia ed in altre Nazioni.

Il 3° centenario della nascita di Bernardino Ramazzini.

La Società Italiana di Medicina del Lavoro e la Commissione internazionale permanente per la Medicina del Lavoro indicono per il 4 ottobre prossimo una riunione per ricordare il 3° centenario della nascita di Bernardino Ramazzini.

La riunione avrà luogo a Milano presso la Clinica del Lavoro della R. Università, con l'intervento di quasi tutti, se non tutti, i membri di 18 Stati che fanno parte della Commissione Internazionale.

Sarà pubblicato per questo giorno, in due edizioni, latino-italiana e latino-francese, la immortale opera del Ramazzini « De morbis artificum ».

Un ricordo a Umberto Brunelli.

Il 14 giugno, nell'Ospedale Civile di Castelbolognese, fu inaugurato un busto alla memoria del dott. Umberto Brunelli, nobile figura che profuse la sua grande attività nel sostenere la classe, nell'esaltarne le virtù e nel difenderne i diritti. Fra non molto sarà eretto un ricordo sulla sua tomba, con la somma che si è raccolta presso « Il Pensiero Sanitario » di Napoli, la cui sottoscrizione è tuttora aperta ai ritardatari.

Riorganizzazione degli ospedali irlandesi.

In seguito agli ingentissimi introiti realizzati, per mezzo delle lotterie, a vantaggio degli ospedali dello Stato Libero d'Irlanda, si va procedendo alla riorganizzazione degli ospedali stessi.

Nel 1931 il Ministro della giustizia aveva nominato una Commissione per esaminare e vagliare le richieste di fondi; ma le domande erano disorganiche: ogni ospedale si preoccupava solo di ottenere il massimo; in parte i programmi interferivano tra loro e si sovrapponevano; non difettavano i duplicati d'istituzioni specializzate.

Perciò il ministro dell'interno e della sanità ha ora proposto una legge, che crea una nuova Commissione, con più ampi poteri, allo scopo di coordinare le assegnazioni.

Oltre gli ospedali, si è stabilito di sovvenzionare le istituzioni scientifiche, nel campo della medicina.

Banca per sanitari in Czecoslovacchia.

Venne fondata nel 1906 ed è ora in pieno sviluppo. La crisi mondiale ne ha dimostrato la grande solidità. La relazione per il 1932 ne documenta la situazione. Ha la sede centrale a Praga e tre succursali: a Brno (Brünn), Presburgo (Bratislavia) e Cosice. Raccoglie depositi in conto corrente da quasi 3000 sanitari (medici, farmacisti e veterinari); una delle sue attività consiste nella realizzazione di crediti poco esigibili (in massima parte da Casse malattie, che tardano i pagamenti a causa della crisi): li ottiene regolarmente, coi relativi interessi, evitando ai sanitari l'odiosità e il perditempo delle azioni giudiziarie dirette. Fa prestiti esclusivamente a sanitari, per la fondazione e per l'arredamento di gabinetti, case di salute, sanatori, ecc. Queste operazioni sono compiute con molta cautela e avvedutezza, anche perchè la banca è nelle mani dei dirigenti le organizzazioni mediche professionali, che sono edotti della situazione e delle possibilità avvenire dei soci: ciò offre le migliori garanzie per le operazioni. La buona situazione della banca è attestata dal dividendo del 7 % corrisposto nel 1932. Essa ha fatto anche delle opere utili per la classe; ad esempio, due anni or sono fondò un consultorio per medici e studenti in medicina. Quest'anno ha organizzato un'inchiesta sulla situazione generale della classe medica nella Czecoslovacchia.

Scambi tra figli di medici di varie nazioni.

L'idea di uno scambio sistematico e organico del genere, venne lanciata alla 6ª adunanza dell'« Association professionnelle internationale des médecins » — tenutasi a Budapest nel 1931 — dal dott. Schaeftgen, del Lussemburgo. Venne approvata ed una relazione fu affidata al promotore e al dott. Drooglever Fortryn, dell'Olanda. La relazione fu presentata al convegno del 1932 e approvata; si è stabilito che i gruppi nazionali (in numero di 31) faranno conoscere le loro vedute al prossimo congresso, che si terrà a Londra nel settembre 1933. Intanto gli scambi vanno aumentando; sogliono avvenire durante i mesi delle grandi vacanze. I figli dei medici che si valgono degli scambi apprendono le lingue estere dal vivo; acquistano conoscenze nuove e nuove relazioni e vedute più larghe; contribuiscono all'intesa intellettuale tra popoli diversi. La spesa risulta minima, limitata al viaggio.

Il Congresso tedesco di roentgenologia.

Le disposizioni attuate in Germania verso gli ebrei, hanno avuto ripercussioni nel campo medico anche internazionale.

Ci limitiamo per ora a registrarne un episodio inatteso.

La Società roentgenologica tedesca aveva indetto il prossimo Congresso a Brema per l'estate 1933; alla presidenza del congresso era stato designato il prof. Kienböck, un pioniere della roentgenologia,

presidente della Società roentgenologica austriaca. Se non che, è risultato che la di lui madre era di discendenza israelitica; onde il segretario della Società roentgenologica tedesca ha scritto al Comitato organizzatore una lettera, in cui si fa rilevare che, in ubbidienza alle direttive politiche generali della Germania, le cariche, le delegazioni e gl'incarichi di relazioni ai congressi non possono riguardare che persone di razza ariana.

Il Kienböck si è dimesso indignato; la Società roentgenologica austriaca ha parteggiato pel proprio presidente e ha deciso di non intervenire al congresso di Brema, poichè le considerazioni di razza avevano la prevalenza su quelle scientifiche. La Società radiologica ungherese ha seguito l'esempio.

Le giunte direttive della Società roentgenologica tedesca e della Società di roentgenologia medica di Berlino si sono dimesse. È stato nominato un commissario straordinario delle due Società, nel prof. Walther Friedrich.

In tema di responsabilità medica.

Il Tribunale civile di Bordeaux ha giudicato il seguente caso. Un medico aveva curato con i raggi X due ragazzi, fratello e sorella, colpiti da tigna; il ragazzo è guarito; lo stesso trattamento, applicato alla sorella, ha prodotto lesioni del cuoio capelluto e zone d'alopecia: onde una causa per danni, intentata dal padre, il quale chiedeva mezzo milione di franchi per danni e interessi. Un collegio di periti, nominato dal Tribunale, trovò che la tecnica seguita dal radiologo era stata ineccepibile e che non si potevano prevedere le reazioni cutanee esagerate prodottesi. Nonpertanto il Tribunale ha condannato il medico a corrispondere 150.000 franchi alla parte agente. È la prima volta, a quanto sembra, che un Tribunale si attenta a correggere il giudizio dei periti d'ufficio e ne dichiara l'incompetenza. Il medico ha interposto appello. (Dal « Journ. des Praticiens », 17 giugno 1933).

I pazienti quale materiale clinico.

Una donna che era stata ricoverata in un ospedale della California (Lane Hospital) in stato interessante ha promosso un'azione giudiziaria perchè, a più riprese, un medico e una dozzina di studenti le avevano praticato il riscontro vaginale e quello rettale senza disinfettarsi le mani e l'avevano palpata in tutti i sensi malgrado le sue vivaci proteste. Due mesi dopo il parto, un medico accertò un'ulcerazione della cervice uterina, ascrivibile ad infezione, che poteva essere stata determinata dai riscontri eseguiti.

Il Tribunale in prima istanza non accolse la tesi della paziente, perchè mancavano testimonianze sull'asserita negligenza negli esami; la Corte d'appello distrettuale però ha ora capovolto il giudizio, considerando che la tecnica era stata difettosa anche in base alle conoscenze di profani e perchè gli esami eseguiti contro il volere della giovane dovevano considerarsi un attentato alla sua personalità.

Un po' dovunque.

Il 2° Congresso della Società Italiana di laringologia, otologia e rinologia si adunerà a Bolzano in settembre. Per informazioni e adesioni rivolgersi al dott. A. Briani, primario otologo dell'Ospedale Civile, Bolzano.

La Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 15 maggio sotto la presidenza del prof. E. Alfieri, assistito dal segretario prof. F. Vozza. Furono fatte comunicazioni dai dott. E. Battaglieri, G. Dossena, I. Odescalchi, G. Parmeggiani, C. Colombino; quasi tutte hanno dato origine a interessanti discussioni.

Il 25 giugno, in occasione dell'inaugurazione del Sanatorio di Gaiato, nel Modenese, ebbe luogo un raduno regionale di tisiologia, a cura della Sezione emilio-romagnola della Federazione italiana per la lotta contro la tubercolosi; gl'intervenuti furono più di 200; fecero comunicazioni i professori Carpi, Ronzoni, Radaelli e Stroppa di Milano, Uriggio di Trieste, Bertolotti di Macerata, Bocchetti di Roma, Pincherle, Caliceti, Bussi e Costantini di Bologna, Donaggio, Campani, Bethel e Bergamini di Modena, e altri.

La Società medico-chirurgica trevisana, sotto l'impulso vivificatore del prof. Fiorani, ha tenuto una serie di sedute mensili (ultimamente quelle del 24 marzo, dell'11 aprile e del 12 maggio), in cui furono fatte numerose comunicazioni interessanti; la cittadina di Treviso è divenuta così un centro culturale degno di nota.

La Federazione Medica Belga si è riunita il 14 giugno a Eupen e Malmédy; ha discusso sulle assicurazioni sociali.

La Duchessa d'Aosta Madre ha inaugurato la Casa di Riposo per le Infermiere della Croce Rossa, sorta presso Fiesole, nella villa Belvedere, a ricordo delle infermiere volontarie morte in seervizio di guerra. L'eroico mutilato on. Delcroix ha esaltato, con la sua appassionante ed alta parola, il sacro dovere dell'infermiera. È stata scoperta una lapide che ricorda il gruppo delle quaranta sorelle cadute in servizio.

Nel teatro S. Carlo di Napoli si è costituita, il 18 giugno, la Sezione Partenopea dell'Associazione Volontari del sangue. Parlarono il prof. Landolfi e i dottori Fomentano e Magliuno.

Il 29 giugno ebbe luogo una premiazione per le gare d'igiene svoltesi lo scorso anno scolastico nelle Scuole elementari del Governatorato di Roma. Tenne un discorso il sen. Marchiafava, presidente della Commissione per l'assegnazione dei premi.

L'Istituto « Luce » ha edito una pellicola scientifica di propaganda che porta il titolo « Morte alle mosche ».

Il procedimento penale contro l'uccisore del professor Parrozzani di Tivoli, Francesco Maurici, è stato sospeso con ordinanza del presidente della Corte d'Assise, in esito ad accertamenti psichiatrici dei proff. Salustri e Consiglio.

Il dott. Emanuele Abbatista, odontoiatra di Milano, e il suo segretario Giorgio Blastoff, da Atene, sono stati arrestati, in seguito a denunzia di una cliente, la quale sarebbe stata da essi sequestrata per più di mezz'ora, non avendo voluto versare 200 lire in più del pattuito, e minacciata di strapparle l'apparecchio di protesi applicatole.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Riv. di Patol. nerv. e ment., mar.-apr. — E. ROBERTI. Sulla diagnosi clinica di paralisi progr. — A. MARI. Echinococco cerebrale.

Presse Méd., 10 mag. — F. JMENO VIDAL. Trattamento delle fratture della colonna vertebr. — E. LURET e J. CAUSSIMON. Reaz. del tessuto polmonare. alla penetraz. dei corpi estranei per via ematica.

Med. Welt, 1 apr. — Numero di balneologia.

Bruxelles-Méd., 2 apr. — C. TRUNECEK. « Vitah »: nuova categoria di processi endocrini.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., apr. — R. BENSAUDE e al. Fibromi, fibromiomi e miomi del retto.

Sperimentale, I. — G. CACCIA. Reperti citologici secondo Lipschütz nelle cellule neoplastiche. — L. BARELLI. Tessuto linfatico in rapporto al metabolismo energetico e alla temperatura corporea.

Bull. Ac. de Méd., 21 mar. — M. FERRIER. Azione diatermica ipofisaria sulla congestione uterina; applicaz. alla diagn. e terapia dei fibromi. — V. PAUCHET e A. HIRCHBERG. L'anestesia mista per operazioni lunghe e gravi in soggetti anemici e obesi. — G. CASTIGLIONI. L'orientamento del pensiero medico contemporaneo.

Pediatria, 1 apr. — G. DE TONI. Movimenti pendolari dei bulbi oculari nei bambini.

Ann. de Méd., mar. — Numero sull'ipotalamo e l'ipofisi.

Sang, 4. — I. GIOIA. Il sangue nella linfogranulomatosi maligna. — A.-J. WEISSENBACH e al. Leucemia acuta e monociti.

Paris Méd., 1 apr. — Numero di gastro-enterologia.

Presse Méd., 5 apr. — C. LHÉRISSON e al. Reazioni sierologiche.

Cl. Med. It., mar. — A. GASPARINI. Ricambio dell'ac. lattico in affezioni endocrine. — S. CACCURI. Glicemia e lavoro muscolare. — A. LUISADA. Lesioni permanenti prodotte dall'asma bronchiale.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., mar. — D. BARBIERI. Studi sul sistema ret.-endot. per mezzo del torio. — J. P. LEROZOFF e W. A. BATANOFF. Potere battericida di alcune aniline.

Rev. d. Sc. Méd., gen. — F. LEFÈVRE. Iperglicemia post-operatoria.

Journal A. M. A., 25 mar. — Numero sugli ospedali.

Forze San., 20 mar. — U. ARCANGELI. Diagnosi, profilassi e cura del reumat. artic. ac.

Münch. Med. Woch., 7 apr. — H. SELTER, A. RÖSLER. L'influenza.

Arch. Intern. Med., mar. H. T. KARSNER. Sifilide produttiva dell'arteria polm. C. D. T. SMITH e al. Avitaminosi C. e ulcere peptiche. — J. M. HAYMAN e J. A. BENDER. Albuminuria nefritica.

Sanatorium, apr. — A. ILVENTO. Assistenza post-sanatoriale. — F. TULINI. Eliminaz. di bacilli tbc. pei reni.

Bull. Méd., 8 apr. — R. BENON. L'onirismo.

Revue de Méd., mar. — Numero di neurologia.

Med. Klinik, 7 apr. — A. W. FISCHER. Critica degli insuccessi operativi.

Rif. Med., 8 apr. — A. LONGO. Possibilità della reistituzione di un pneumotorace sospeso.

Arch. It. di Chir., apr. — L. DI NATALE. Uso dell'ormone vasomotore dell'ipofisi (vasopressina) in anestesia locale. — G. LUCCHESE. Simpatectomia dell'art. splenica.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 17 Luglio 1933 - XI Num. 29

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA.

Quadro clinico di porpora reumatica con reperto di streptococco.

Prof. RAFFAELLO SILVESTRINI, direttore.

R. Lodovico, di anni 27, di Pilonico Materno, coniugato, con prole, colono, fu accolto in Clinica il 14 dicembre 1932 per artralgie, chiazze emorragiche cutanee e febbre.

Narrò d'aver il padre vivente; la madre morta a 35 anni per polmonite aveva avuto quattro figli; i tre fratelli viventi e sani.

Il paziente aveva avuto rosolia nell'infanzia; a 14 anni un attacco di *reumatismo acuto* della durata di un mese. A 20 anni durante il servizio militare aveva sofferto più volte d'enteriti. A 23 anni si era sposato con donna sana, da cui aveva avuto un figlio che è cresciuto sano e robusto.

Nell'estate ultima scorsa, *colto di nuovo da reumatismo articolare*, era stato per circa quattro mesi ammalato.

Otto giorni prima dell'ingresso in Clinica, il paz. ebbe qualche dolore articolare ed osservò che la *gamba sinistra si era tumefatta* ed era alquanto dolente: nella stessa gamba vide comparire il giorno appresso *macchie di color rosso vinoso*, che si diffusero rapidamente nelle regioni glutee, agli arti, al tronco, alla faccia. Comparve febbre, si accentuarono i dolori articolari; e ciò lo indusse a chiedere ricovero in Clinica.

Riassunto dell'esame obbiettivo raccolto il 14 gennaio 1933. — Uomo di media statura, di normale costituzione scheletrica, con sensorio integro, polso valido e ritmico, pulsazioni 90, respirazioni 24, temperatura 36°,8, pressione (Koracow) mx 140, mn 95. Le mucose sono piuttosto anemiche. Sopra un fondo cutaneo anemico spiccano chiazze grandi di un colorito rosso vinoso, a contorno irregolare; la cute in corrispondenza di certe chiazze presenta un discreto rilievo specialmente ai margini e alla palpazione appare ispessita, infiltrata (figg. 1 e 2). Il rossore della chiazza in alcuni punti scompare con la pressione, in altri invece rimane per avvenuta soffusione emorragica. Pleiadi ghiandolari nella regione latero-cervicale sinistra, nelle regioni inguinali: le ghiandole vanno dalla grossezza di un grano di miglio a quella di un cece; sono piuttosto dure, mobili, indolore.

Nulla di notevole all'esame del capo tranne dette chiazze nella regione frontale e zigomatica sinistra, il pallore delle mucose: nessuna anormalità nelle fauci, nelle tonsille; dentatura buona.

Nulla all'esame del *collo;* tiroide apparentemente normale, non dolente alla palpazione.

All'esame del *torace*: minore espansibilità dall'emitorace sinistro, respiro alquanto scarso nella fossa sopraspinosa dello stesso lato: icto della punta localizzato colla percussione al V spazio un po' in fuori della mammillare, con DO di cm. 9 e mezzo, DT di 8 e mezzo, DV di 8 (metodo Orsi-Grocco), con soffio aspro sistolico avente massima intensità in focolaio mitralico.

All'*esame dell'addome*: non meteorismo; non dolori; feci formate; confini dell'aia gastrica e dell'epatica normali; aia splenica leggermente aumentata in alto, limitata al margine superiore della VIII sull'ascellare media.

Arti: per forma e posizioni normali; le già accennate chiazze emorragiche hanno sede, come appare dalle annesse figure, anche non in corrispondenza delle articolazioni. Le articolazioni del ginocchio, del piede, del cubito, della mano sono sede di modico dolore, che però non impedisce i movimenti attivi e passivi.

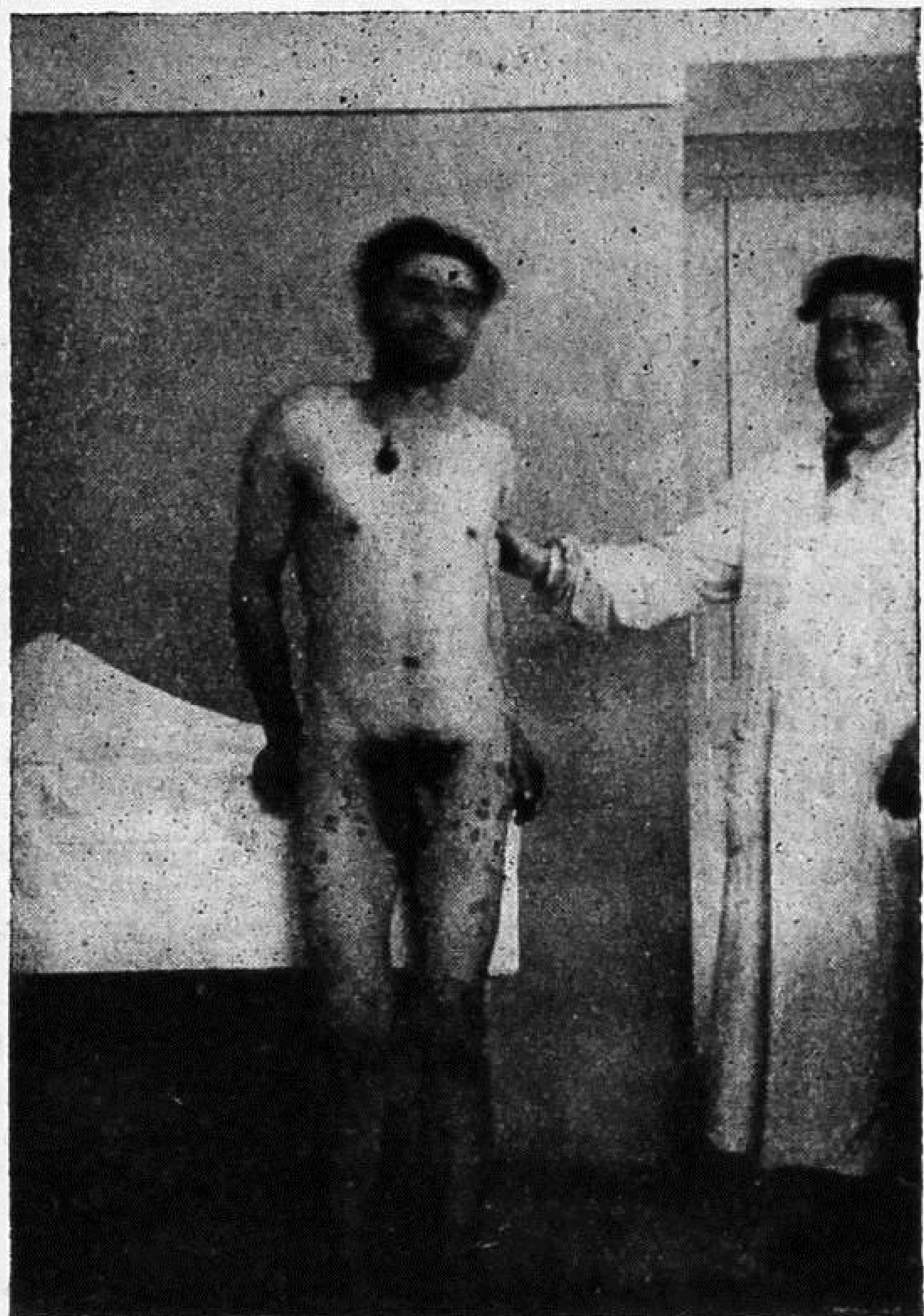


FIG. 1.

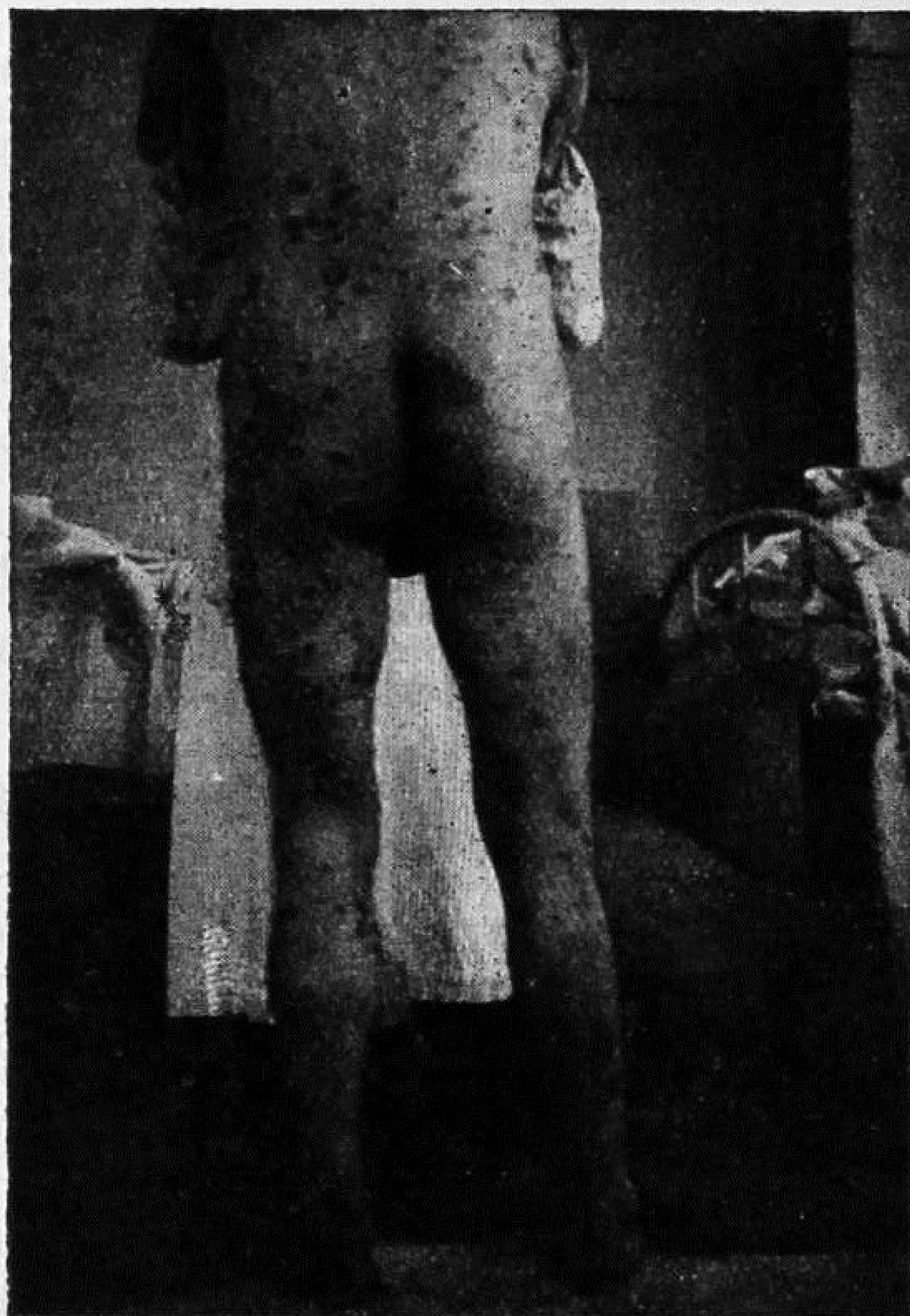


FIG. 2.

Le articolazioni non appaiono tumefatte.

L'*urinazione* è normale, e la quantità delle urine si aggira intorno al litro nelle 24 ore.

Le urine contengono tracce d'albumina, ma non sangue, nè elementi renali nel sedimento.

L'*esame del sangue* dà: Hb. 70, g. r. 4.130.000, g. b. 9.800, val. glob. 0,85, piastrine 450.000; scarse emazie con sostanza granulo-filamentosa.

L'*esame delle feci* non rivela presenza di sangue.

Cutireazione del Von Pirquet debolmente positiva.

La *prova della iniezione di tubercolina* (1/10 di milligr. della tubercolina vecchia) non dà accentuazione dei fatti emorragici esistenti, nè comparsa di nuovi.

Esame microscopico: mucosa nasale arrossata, con qualche chiazzetta emorragica specialmente in corrispondenza del turbinato inferiore sinistro. Chiazze emorragiche con zone di depitelizzazione sulla mucosa del velopendulo.

Esame laringoscopico: mucosa dell'*aditus laringeus* edematosa, arrossata con zone di depitelizzazione; corde vocali edematose ed arrossate *in toto* coperte di abbondante essudato.

Segno del laccio positivo: anche nel tratto circolare dove poggiano i margini del vetro d'orologio, che protegge l'innesto cutaneo alla Von Pirquet, si producono emorragie.

L'esame del sangue a fresco, in preparati a secco colorati con liquido dello *Ziehl* diluito, col liquido del *Giemsa*, per la ricerca di parassiti dà risultato negativo.

L'*emocultura* in tubi di brodo ordinario, d'agar, di gelatina dà pure risultato negativo. Invece la semina in tubi di brodo ordinario e in tubi d'agar di *succo splenico* retratto colla splenopuntura dà in tutti i tubi *risultato positivo*.

Le colonie su agar inclinato sono piccole, trasparenti, coprono la superficie dell'agar come una sottile rugiada. Nel brodo si vedono fiocchetti, grani biancastri che si raccolgono al fondo e sulle pareti del tubo. Le colonie son formate da catene di streptococchi intrecciantesi, catene non molto lunghe. Gli streptococchi sono Grampositivi. L'iniezione sottocutanea di una cultura al topolino bianco non l'ha ucciso, sebbene l'animale abbia dimostrato per un paio di giorni uno stato di grave malessere. Le culture persero presto ogni vitalità così che non si poterono fare ulteriori ricerche sul germe isolato.

Riassunto del decorso: La temperatura, dopo aver raggiunto i 39° nella quarta e quinta giornata di degenza, ha cominciato a decrescere e, dalla decima giornata, ad avere discese anche al disotto dei 37° pur raggiungendo di quando in quando i 38°.

Ai primi del gennaio parve essersi raggiunta l'apiressia, ma si ebbe un periodo di lievi rialzi termici dal 12 al 20, periodo a cui seguì un ritorno a temperatura stabilmente normale. Durante l'aumentare della temperatura nei primi giorni di degenza comparvero nuove chiazze emor-

ragiche al volto, al dorso, agli arti *mentre le chiazze apparse prima impallidivano o tendevano a scomparire*. Nei giorni di massima temperatura delirio, notevole frequenza di polso (128 puls.), dispnea: lievi in questo periodo i dolori articolari. Invece in periodo di grande riduzione dei fatti emorragici e precisamente ai primi del gennaio il ginocchio destro si fece tumido e divenne sede di vivo dolore; turgore e dolore che ebbero breve durata. Raggiunta l'apiressia, si notò la comparsa di nuovi elementi emorragici agli arti inferiori, specialmente dopo che il paziente aveva tenuto per un certo tempo la posizione eretta.

Questa porpora ortostatica appariva ancora quando il Rossi in buone condizioni generali fu dimesso dalla Clinica il 26 gennaio 1933.

Si ascoltava ancora il soffio rude in primo tempo in focolaio mitralico, erano rimasti invariati i limiti dei diametri del cuore: ridotto il lieve tumore splenico: scomparsa ogni traccia di albumina dalle urine.

Cura: Salicilato di soda (8 gr. *pro die*), cloridrato di adrenalina 1 ‰ (60 gocce al giorno), cloruro di calcio (5 gr. *pro die*).

Dunque un primo *attacco di poliartrite* durato circa un anno *nell'età di 14 anni;* nessun altro attacco, pur avendo il paziente fatto vita disagiata durante il periodo di guerra, fino all'estate del 1932, *quando ebbe altro attacco* d'una certa gravità della durata di un mese circa. Nel corso dei due periodi di poliartrite, quello a 14 anni di età e quello recente, *nessuna comparsa di emorragie o di altre manifestazioni cutanee*.

Il 6 dic. del 1932 il paziente ha dolore alla gamba sinistra, osserva *una certa tumescenza* della gamba stessa e subito *comparsa sulla cute della gamba di chiazze di color rosso-vinoso*. Il *dolore* si estende ad altre articolazioni, le *manifestazioni cutanee* appaiono in varie regioni agli arti, al tronco, al capo senza una distribuzione periarticolare: tutta la regione cutanea dove appaiono le chiazze descritte è manifestamente tumida, edematosa. Il malato ha *temperatura elevata*, lo stato generale si aggrava, per un periodo breve ha delirio. La *milza è ingrandita;* si trovano segni chiari di insufficienza mitralica, minore espansibilità del torace a sinistra, lieve diminuzione di respiro all'apice dello stesso lato. *Debolmente positiva la cutireazione; l'iniezione di tubercolina non accentua i fatti emorragici*, il *numero delle piastrine superiore al normale*, il *segno del laccio positivo*, l'*emocultura negativa*, dal *succo splenico culture pure di uno streptococco grampositivo*.

Graduale miglioramento con nuove accentuazioni di dolori articolari con ritorni di nuovi elementi cutanei; *non sempre parallelismo fra esacerbazioni del dolore articolare e comparsa di nuove chiazze cutanee*, la nuova comparsa spesso accompagnata da rialzo termico. Le condizioni dell'apparato respiratorio e del cuore rimangono invariate fino all'uscita del paziente dalla Clinica.

Il caso descritto presenta l'intreccio della *poliartrite* con quella manifestazione morbosa che fu già denominata *peliosi reumatica*, e dimostra come in uno stesso organismo in periodi diversi della vita si possano osservare attacchi di una poliartrite accompagnata da endocardite, che ha poi lasciato un vizio mitralico, di una *poliartrite* che si dovrebbe dire *reumatica* ed in un periodo ulteriore un attacco di poliartrite accompagnata da *manifestazioni cutanee* di tipo emorragico, manifestazioni che erano affatto mancate negli attacchi precedenti. Nel caso osservato l'*iniezione di tubercolina* non *esacerbò nè i fatti cutanei, nè i fatti articolari;* mentre dal succo splenico si ottenne *in agar e in brodo in cultura pura uno streptococco grampositivo*.

In tanto rifiorire di studi intorno al cosidetto *reumatismo articolare acuto* ed alla sua relazione colle *manifestazioni cutanee a tipo emorragico* il caso riferito mi offre occasione di porre e di discutere alcune questioni.

E comincio dalla parola *diatesi emorragiche* adoperata dal Frank a comprendere una quantità di stati morbosi, alcuni dei quali nulla hanno a che fare con quel che si è designato finora col nome di *diatesi*.

Se si voglia conservare la denominazione di *diatesi emorragiche*, questa potrà comprendere l'*emofilia*, le *pseudoemofilie* (Ps. ereditaria del *Frank*, Trombasteina ereditaria del *Glanzmann*. Ps. famigliare monosintomatica del *Curschmann*), ma non quelle malattie a tipo emorragico dovute ad *avitaminosi* (diatesi emorragica a tipo avitaminico del *Frank*) ad una *intossicazione*, ad una *infezione*.

Si potrà anche ammettere una disposizione individuale, ereditaria o no, alle manifestazioni emorragiche durante una infezione o una intossicazione (vaiuolo emorragico, scarlattina emorragica, tifoide emorragica, porpora arsenicale, porpora salicilica): ma si diranno perciò queste infezioni, queste intossicazioni a tipo emorragico *malattie diatesiche?*

E, se una infezione, una intossicazione, che normalmente non hanno carattere emorragico l'acquistano in qualche individuo, ciò sarà sempre riferibile ad una disposizione individuale o piuttosto a qualche altro coefficiente?

Ma, relativamente alle malattie emorragiche, gli studiosi italiani hanno accettato e copiato qualche asserzione anche meno persuasiva dagli Autori stranieri. La notevole diminuzione del numero delle piastrine (*Brohm, Denys*) ha fatto differenziare la *porpora trombopenica dalle porpore atrombopeniche*, il morbo del *Werlhof* dal morbo di *Schoenlein-Henoch* e da altre porpore sintomatiche; e il *Di Guglielmo* nella sua classificazione ha distinto una *forma costituzionale* cronica del *morbo del Werlhof* da una *forma acquisita* acuta o a decorso cronico. La *trombopenia* (e lascio da parte il discutere se possa esistere una trombopenia da eccessiva distruzione di piastrine diversa dalla trombopenia da scarsa produzione) può essere dunque un carattere *costituzionale ed acquisito;* c'è dunque un *morbo di Werlhof* che rientra veramente nelle diatesi emorragiche ed un *morbo di Werlhof* che non può essere compreso fra le malattie diatesiche.

Così, per quanto riguarda le *porpore apiastrinopeniche*, non par razionale distinguere

una speciale *porpora reumatica* da altre porpore infettive come fa il *Di Guglielmo*: potremo diagnosticare una porpora *apiastrinopenica infettiva da germi non noti*, e non più; perchè è possibilissimo che infezioni diverse da germi non noti abbiano la stessa sindrome sintomatica caratteristica del morbo di *Schoenlein-Henoch*.

Altra nota critica: anche fra le porpore dovute, anzichè a speciali condizioni del sangue, a speciali condizioni vasali sono da differenziarsi quelle in cui la *labilità vasale è costituzionale*, ereditaria o no, da quelle in cui questa labilità è *acquisita*: soltanto le prime sarebbero da includersi nel gruppo delle vere *diatesi emorragiche*.

Ed altra ancora: non è vero che si possa far sempre una differenziazione fra porpora prodotta da alterazione vasale e porpora prodotta da alterazione sanguigna; non è vero che la prova del laccio sia sempre negativa nelle porpore trombopeniche.

Ma chi critica è anche obbligato ad esporre il suo pensiero, offrendolo alla critica degli altri. Le porpore possono esser divise in quelle dovute a costituzione, a disposizione, a diatesi nello stretto senso della parola — e queste sono da dirsi veramente *diatesiche* — ed in quelle non dovute a costituzione, a carattere individuale, ma ad agenti patogeni diversi — e queste demominabili *non diatesiche*. — Le *diatesiche* differenziabili in quelle, in cui la diatesi rappresenta tutta la causa ed in quelle in cui la diatesi agisce come concausa. Le *non diatesiche* in quelle dovute ad alterazione che cause diverse (intossicazioni, infezioni, carenza alimentare, disfunzioni endocrine, reazioni immunitarie, condizioni di circolo, ecc.) possono portare negli elementi figurati del sangue, nel plasma o nelle pareti vasali.

L'*emofilia*, colle speciali leggi d'ereditarietà, caratterizzata da speciale alterazione della composizione del plasma che porta a ritardo della coagulazione del sangue, è tipico esempio di malattia *diatesica*: il *morbo del Werlhof* quando è dovuto a trombopenia costituzionale, cronica, non acquisita è malattia *diatesica*: la *pseudo-emofilia ereditaria del Frank, la trombostenia emorragica ereditaria del Glanzmann, la pseudomofilia familiare monosintomatica del Curschmann sono malattie diatesiche*.

Tante *porpore tossiche* sono invece da considerarsi malattie e due fattori: *tossico e costituzionale*. Una dose d'arsenico, che ordinariamente non riesce in alcun modo nociva, in un dato individuo produce la porpora; questa sensibilità degli arsenicali può essere anche un carattere familiare. In casi consimili l'elenco *diatesico* agisce come *concausa*.

Le *porpore avitaminiche* (scorbuto, malattia del *Barlow*) indipendenti da ogni disposizione individuale, non sono diatesiche; lo stesso si dica delle porpore cosidette *sintomatiche delle malattie del sangue*; delle *porpore piastrinopeniche acquisite, delle porpore da causa endocrina* (porpore da deficienza surrenale), delle porpore da *alterate condizioni di circolo* (dei cardiopatici, degli ipertesi, della senescenza), della *porpora infettiva* o comunque in relazione con infezioni.

E a proposito delle *porpore infettive*, si deve dir subito che il meccanismo di produzione della porpora è vario. L'infezione può esser causa dell'alterazione dei vasi (fatto già da tempo dimostrato dal *Patella* per l'infezione tifoide), di quella che il *Frank* ha chiamato *tossicosi capillare emorragica*, di *trombopenie sintomatiche* delle più varie infezioni, di *alterazioni plasmatiche*, di *embolie capillari multiple*, di *fatti esudativi* accompagnati a *fatti emorragici*, ciò che — come esporrò — è riferibile anche a *fenomeni anafilattici*.

E, sempre a proposito d'infezioni, si ricordi che germi, i quali non danno ordinariamente infezione emorragica, possono acquistare questa proprietà così come certi ceppi di bacillo tifico possono acquistare un forte potere emolitico; cioè non perchè agiscono su speciale organismo predisposto, non quanto la diatesi agisce come concausa, ma per una speciale proprietà acquisita dall'agente infettivo.

Invece altri germi sia pure agendo in modo diverso (tipo petecchiale, certe pasteurellosi, ecc.), danno infezione emorragica costantemente, per speciale proprietà patogene inerenti a quelle tali specie di parassiti.

Ma una speciale considerazione merita l'ipotesi d'una genesi anafilattica delle manifestazioni emorragiche.

Il *Frank* chiamò la sindrome di *Schoenlein-Henoch* porpora anafilattoide. Quel che si è detto a proposito di certe porpore si è ripetuto di certe manifestazioni articolari; a proposito del cosidetto *reumatismo articolare* acuto e cronico. Da un focolaio infettivo s'immetterebbero in circolo veleni a gittate e si avrebbe così prima la speciale sensibilizzazione di speciali distretti, di speciali tessuti e poi i fenomeni anafilattici.

Questo modo di rispondere delle parti sensibilizzate, potrebbe secondo alcuni autori, essere anche non strettamente specifico, potrebbero cioè veleni oltre quello sensibilizzante scatenare l'accesso anafilattico, per es. la stessa iniezione di proteine eterogenee. Così spiegano autorevoli ricercatori le reazioni anche imponenti, le abbondanti rifioriture porporine che per iniezioni di tubercolina possono osservarsi in certi casi di manifestazioni emorragiche.

A questo proposito faccio subito un'obbezione dettatami dall'esperienza personale. In alcuni casi di manifestazioni emorragiche la iniezione della tubercolina produce aggravamento, ritorno della sindrome emorragica, in altri no: non l'ha prodotto, ad es., nel caso che ho qui riferito. Questa diversità di reazione non si avrebbe se bastasse, per scatenare i fenomeni anafilattici, l'iniezione d'una qualunque sostanza proteica.

Un altro complicato argomento in questo campo è stato offerto agli studiosi dalla nozione di quei fenomeni che son conosciuti col nome di *fenomeno del Sanarelli, fenomeno dello Shwarzmann.* In una mia lezione pubblicata nel 1924 ricordavo, relativamente agli eritemi maculosi emorragici dei tubercolotici, la possibilità dell'intervento di tre fattori: tubercolosi, gittata tubercolinica (che può essere rimpiazzata dall'intervento di altra infezione o intossicazione) e speciale disposizione individuale. Ricordai allora che tre fattori si ritrovano — disposizione individuale, sifilide ed azione perfrigerante — nella emoglobinuria parossistica, e tre fattori — disposizione individuale, malaria e chinino — nella malattia del *Tommaselli*: ricordai l'osservazione del *Sanarelli*, pubblicata allora, che, dopo una iniezione di cultura di colera nelle vene d'un coniglio ben tollerata, iniettandogli a 24 ore di distanza filtrato d'un microbo banale come il *proteo*, aveva visto avvenire la morte dell'animale con algidismo ed aveva trovato lesioni emorragiche dell'intestino, del peritoneo, dei genitali. Lo *Shwarzmann* dal 1928 in poi, in una serie di pubblicazioni ha resa nota una osservazione che è in realtà molto simile a quella del *Sanarelli.* Si inietta la pelle del coniglio con cultura filtratà di un dato bacterio, l'iniezione rimane innocua o produce lieve congestione o infiltrazione; ma se, a 24 ore di distanza s'inietta per via intravenosa una piccola quantità dello stesso filtrato compaiono emorragie sulla cute là dove è stata fatta la prima iniezione. *Gratia* e *Linz*, che recentemente hanno pubblicato un loro studio sul fenomeno del *Sanarelli* e dello *Shwartzmann*, concludono fra l'altro che « benchè non si conformi alle condizioni dell'anafilassi classica presenta con questa relazioni incontestabili; si tratta veramente di una risposta dell'organismo d'una reazione d'eteroallergia di cui l'emorragia è il carattere comune ». Altra loro conclusione: « L'iniezione intravenosa di filtrato di *B. coli* provoca una reazione emorragica intensa negli animali preparati con infezioni le più diverse, cutanee o viscerali, acute o croniche, da microbi visibili o da virus invisibili ». E un'altra ancora, che nega alla reazione dello *Shwartzmann* il valore di una semplice reazione proteinica: « Conformemente alla opinione dello *Shwartzmann* soltanto i prodotti di certi microbi sono attivi ».

La conoscenza di questi fatti presenta come molto probabile la produzione di porpora emorragica, oltre che per nuove ondate tossiche da iniezione focale cronica, per *l'intervento di una nuova infezione o intossicazione, giuocando* o no una certa disposizione individuale. Quando questa debba ammettersi, ricorre il caso della malattia a tre fattori, possibilità già da me presentata nel 1924, avvalorata dalle osservazioni del *Sanarelli* e dello *Shwartzmann.* Così come per la poliartrite reumatica viene invocato da vari autori (*Auer, Chini, Klinge* e *Vaubel*) che reputano necessarie la sensibilizzazione e l'azione scatenante, un terzo fattore cioè la perfrigerazione, o l'iperamizzazione, o il trauma articolare.

Non a caso ho ricordato la *poliartrite reumatica.* È noto che tumefazione, dolore delle articolazioni si accompagnano spesso a manifestazioni cutanee emorragiche, le quali hanno tendenza ad un accentramento periarticolare.

Questi casi, in cui si vedono accentuarsi insieme o ridursi insieme fenomeni emorragici e fenomeni articolari, fanno pensare che queste due serie di alterazioni morbose abbiano una medesima causa. Il raffronto colla fenomenia cutanea ed articolare della malattia da siero ha indotto molti patologi a vedere in tutta la sindrome morbosa un quadro d'anafilassi, quadro in cui non sempre figurerebbe come scatenante un'ondata del veleno sensibilizzatore, ma — come sopra ho accennato — invasione di altra infezione, d'altra intossicazione, talora intervento anche di altre cause morbigene.

Voglio ora accennare anche ad altre possibilità offerte da nuove nozioni raccolte nel campo della patologia. Si cominciano a conoscere appena relazioni fra infezioni a germi noti e infezioni a germi non noti. Sappiamo per es. che certe infezioni s'accompagnano con risveglio di un'infezione forse capace di vivere una vita latente nel nostro organismo; l'infezione erpetica. A riattivazioni di questi virus invisibili non si potranno ascrivere certi fenomeni, che oggi si interpretano volentieri come fenomeni d'ipersensibilità?

In questo caso di porpora con manifestazioni articolari qualunque reazione tubercolinica è mancata mentre ho detto che in altri casi ha dato ad altri ricercatori ed a me nuova gittata porporina, accentuazione dei dolori e delle tumefazioni articolari, reazione febbrile.

Dovremmo dunque dire che mentre vi sono manifestazioni emorragiche ed essudativo-emorragiche in relazione colla tubercolosi, relazione in tanti casi anche clinicamente dimostrabile, in altri casi questa relazione non è provata nè per chiari dati clinici nè per reazioni biologiche.

Quando la relazione c'è — e sono ormai legione i ricercatori che l'ammettono — la iniezione di tubercolina agisce come iniezione scatenante, il fenomeno si comporta come fenomeno anafilattico, rimanendo da ricercarsi nei singoli casi se l'iniezione scatenante di tubercolina agisca su terreno sensibilizzato dall'infezione tubercolare, da altra infezione o intossicazione, o agisca per una congenita disposizione individuale.

Ma quando la relazione coll'infezione tubercolare non c'è, quando si ritrovano, come altri hanno trovato e come sicuramente, pungendo la milza, ho trovato in questo caso, germi a cui si tende oggi a dare tanta importanza per la patogenesi della poliartrite reumatica, non

si può negare a questo reperto un qualche valore.

Mi sia permesso presentare qualche questione relativa alla porpora ed estensibile anche alla poliartrite reumatica acuta. Quando in un ammalato di porpora — o di poliartrite — si riesca ad isolare dal sangue o dal succo splenico un dato germe questo può non esser per nulla imputabile delle manifestazioni morbose, può aver esercitata una azione scatenante intervenendo in un organismo che è sotto la influenza di un'altra infezione, che è stato sensibilizzato da altro antigene, o può esser messo in stretta relazione colla forma morbosa. Però in quest'ultimo caso, isolare il germe ad es. dal succo splenico, non induce ad ammettere necessariamente un'azione diretta; il germe può sempre agire per ondate di tossine emananti da un *focus*, pur irrompendo durante l'ondata un certo numero di germi dal focolaio nel torrente circolatorio. E quando vediamo — come nel caso qui esposto — accessi di porpora ortostatica rapidamente guaribile seguire ad una porpora generalizzata è molto più razionale l'ammettere pareti vasali ancora sotto l'influenza di un'intossicazione anzichè alterate dall'immanenza di germi.

Dopo tutte queste premesse dottrinali, quale la patogenesi del quadro morboso da me presentato?

Il paziente ha avuto due precedenti attacchi d'una malattia che anche per aver data l'endocardite causa del vizio di cuore oggi chiaramente diagnosticabile, devono dirsi *attacchi di reumatismo articolare*, e durante quelli attacchi non ha avuto la porpora, il terzo attacco cominciato colla localizzazione all'articolazione tibio-astragalica sinistra si è complicato quasi fin dall'inizio colle *manifestazioni emorragiche*. Perchè la porpora soltanto nel terzo attacco? L'infezione streptococcica è entrata in scena soltanto nel terzo attacco e l'infezione streptococcica è stata causa anche degli altri due ed ora soltanto ha dato la porpora, perchè ora è intervenuta un'altra infezione, un'infezione a germi invisibili, forse la stessa infezione influenzale?

Questo fatto che il caso trattato presenta ricorre del resto anche per quelle forme morbose emorragiche osservabili in individui tubercolotici o che hanno avuto nel loro passato manifestazioni tubercolari. Quella porpora che l'iniezione di tubercolina ravviva o riaccende e che si deve dire in così diretta relazione coll'ondata tubercolinica, perchè non si è presentata prima durante le passate manifestazioni tubercolari?

Si può rispondere: perchè nell'individuo, che pur era disposto a questa speciale sensibilizzazione, la speciale sensibilizzazione dei vasi non era ancora avvenuta. Lo stesso si potrebbe pensare quanto ai passati attacchi di poliartriti senza porpora nel caso osservato.

Avrei voluto provare gli effetti dell'iniezione di culture morte dello streptococco isolato, ma non mi fu possibile far questa prova. L'ho fatta in altri ammalati di reumatismo articolare con resultati negativi come quelli di *Laubry, Routier* e *Thiroloix* che fecero iniezione cutanea di tossine streptococciche in cardiopatici reumatismali, i quali non presentarono speciale ipersensibilità.

Del resto *Cecconi*, quando dice del tumore splenico che può verificarsi durante l'attacco reumatico soltanto dopo diversi attacchi di reumatismo, e il *Frugoni*, quando ricorda gli asmatici bronchiali che a lungo andare si sensibilizzano per antigeni di diversa natura, offrono spiegazioni plausibili del fenomeno surricordato.

Dallo studio del caso descritto si deduce:

1) che, sebbene esistano porpore non trombopeniche in stretta relazione colla infezione tubercolare e ravvivabili coll'iniezione di tubercolina, esistono anche porpore non trombopeniche, nelle quali nè la clinica, nè le prove biologiche dimostrano un nesso sicuro coll'infezione tubercolare;

2) che queste porpore, possono pur accompagnarsi con manifestazioni articolari, acutizzarsi e regredire insieme coi fatti articolari, presentarsi in individuo che abbia avuto per l'innanzi attacchi articolari senza porpora, ma accompagnati, preceduti o seguiti da endocardite, tali da doversi dire clinicamente attacchi di reumatismo articolare acuto;

3) che il reperto d'uno streptococco ricorda altri reperti consimili avuti da altri ricercatori e fa invocare lo stesso meccanismo di produzione di certe poliartriti;

4) che ammettere la possibilità di queste porpore non trombopeniche non fa escludere che esistano porpore in connessione innegabile coll'infezione tubercolare, porpore per la cui produzione all'infezione tubercolare si associano altri fattori, porpore con cui nulla han che fare nè lo streptococco, nè il bacillo di Koch.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di porpora accompagnata da poliartrite in un uomo di 27 anni che a 14 anni ed a 26 anni aveva avuto attacchi gravi di poliartrite reumatica senza porpora. Critica la denominazione di *diatesi emorragiche* adottata per le malattie a carattere emorragico, propone una differenziazione, passa in rassegna le varie modalità di produzione d'una porpora, soffermandosi sul meccanismo della speciale sensibilizzazione, considerando ciò che a questo proposito può insegnare la conoscenza del fenomeno del *Sanarelli* e dello *Shwarzmann*.

Conclude che, sebbene esistano indubbiamente porpore in stretta relazione colla infezione tubercolare e ravvivabili colla iniezione di tubercolina, nel suo caso questa connessione non era dimostrabile mentre fu isolato dalla milza *intra vitam* uno streptococco gram-positivo.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale Civile di Udine - Reparto Chirurgico
diretto dal primario dott. RIEPPI.

Considerazioni sulla diagnosi delle ulceri gastro duodenali perforate.

Dott. MARIO GRILLO.

L'aumentata frequenza in questi ultimi anni delle perforazioni gastroduodenali, la triste osservazione che molti di questi ammalati soccombono, molto spesso per difetto di diagnosi e di conseguenza per la mancanza o il ritardo dell'atto operativo, mi hanno indotto a trattare questo vecchio argomento. La morte o la salvezza dell'ammalato viene decisa talvolta dal riconoscere a tempo questa sindrome addominale acuta: compito difficile e delicato che mette a dura prova anche il chirurgo esperto.

Che la diagnosi precoce abbia importanza si rileva praticamente dalle statistiche delle mortalità; negli operati entro la 12ª ora si ha circa 20 %, 28 % di morti; negli operati tardivamente, dalla 12ª alla 48ª ora ed oltre, la mortalità sale rapidamente al 75 %-85 %. Le cifre migliori di guarigioni si hanno in quei casi operati precocemente prima che sopraggiunga l'infezione peritoneale da *bacillum coli* e da streptococchi emolitici; nelle prime sei ore generalmente l'infezione manca o si ritrova solamente lo streptococco verde, poco patogeno (Brütt). Poichè la precocità della diagnosi domina in tal modo la prognosi mi soffermerò maggiormente sulla sintomatologia e la diagnosi differenziale sorvolando sugli altri argomenti. Non differenzio le perforazioni gastriche dalle duodenali perchè la sindrome acuta è pressochè eguale e dal punto di vista pratico l'importanza è molto relativa: al tavolo operatorio stesso è talora difficile distinguere la sede esatta della perforazione in rapporto dell'anello pilorico. Durante sei anni (1926-1932) d'assistentato nel reparto chirurgico diretto dal primario dottor Rieppi, ho avuto modo di osservare su 75 casi di ulcere gastroduodenali operate, 24 perforazioni controllate all'atto operativo.

Età. — Negli ammalati sottoposti all'atto operativo per la perforazione, l'età varia entro vasti limiti, da un minimo di 22 anni ad un massimo di 64. La massima frequenza è stata dai 22 ai 40 anni.

Dai 22	ai 30	anni	9	casi
» 30	» 40	»	8	»
» 40	» 50	»	4	»
» 50	» 60	»	1	»
» 60	» 70	»	2	»

Le perforazioni oltre i 70 anni e sotto i 15 sono rarissime, sono pochi i casi descritti, nella letteratura, di vecchi di 84-85 anni (Kotrareff) e di giovani di età inferiore a 1 anno (Finnay-Robadeon-Dumas-Durante-Ecalle).

Sesso. — Il sesso maschile prevale in modo assoluto, nella mia statistica, sul sesso femminile. Io ho potuto osservare tre casi di perforazioni gastroduodenali in donne, contro 21 casi negli uomini. Reperto questo costante anche nelle statistiche dei vari autori (Küttner dà la cifra di 9 a 1, Moncalvi dell'Ospedale Maggiore di Milano nel triennio 1922-1925 su 27 casi operati nessuna donna, Barbera degli ospedali riuniti di Roma dà la cifra di 9 a 1. Sproporzioni maggiori di 15 a 1, 12,50 a 1 ne riportano clinici tedeschi). La maggior frequenza di questa affezione negli uomini è, secondo i dati statistici da me raccolti, in relazione al fatto della minor frequenza delle ulceri gastroduodenali nelle donne, ciò in contrasto con le statistiche di Eichhorst, Stoll, Brinton.

Oltre al fattore frequenza si deve considerare le occupazioni fisiche pesanti, l'uso disordinato ed abbondante di alcoolici, il tabacco, i frequenti disordini alimentari a cui gli uomini sono più esposti per la loro professione (fuochisti, macchinisti).

Anamnesi. — Nella grande maggioranza dei casi il paziente aveva avuto disturbi gastrici, precedentemente. Tali disturbi, che si trovano in una percentuale dell'80-90 per cento dei casi, rientrano nella sintomatologia della ulcera gastrica e duodenale: si tratta di individui affetti da lungo tempo da dolori periodici che compaiono a determinate ore dal pasto, che si calmano od aumentano con le ingestioni dei cibi, di sostanze acide o alcaline, crisi dolorose, digestioni laboriose, acidità gastrica con pirosi ed eruttazioni acide, talora vomiti, ematemesi, melena. Alcuni di tali sintomi generalmente si accentuano pochi giorni avanti la perforazione. Raramente, 4 volte su 24 casi, l'ulcera era asintomatica; in tali casi costantemente venne osservato che l'ulcerazione era piccola, puntiforme, della grandezza di una capocchia di spillo, senza indurimento dei margini, con assenza di tessuti cicatriziali intorno alla perforazione (ulcera acuta?).

Condizioni predisponenti ed occasionali sono rare, gli eccessi alimentari non hanno molta importanza. In due casi di sesso femminile si è avuta la perforazione da causa immediata ed evidente; in una durante una lavatura gastrica; nell'altra, poche ore dopo la somministra-

zione di una pappa di barite durante un esame radioscopico.

SINTOMATOLOGIA. — Sintomi principali.

1° *Dolore.* — Inizio improvviso, di estrema intensità, atroce, sincopale, che si manifesta al cavo epigastrico attorno all'ombellico o alla regione dello ipocondrio destro sotto le arcate costali. La sua intensità raggiunge talvolta tale grado da determinare uno stato di collasso con caduta a terra del paziente, pallore, sudore, freddo alla fronte e alle estremità, polso piccolo, frequente, stato di angoscia. Esso viene descritto generalmente come una pugnalata, una lacerazione profonda, un dolore acutissimo a cintura che immobilizza il paziente. Eccezionalmente si limita a senso di crampo, di ustione.

La sede di questo dolore acutissimo è nella regione epigastrica un po' a destra della linea mediana; irradiazioni se ne osservano spesso specialmente nelle perforazioni duodenali, posteriormente verso la base del torace, alla spalla destra, alla regione sopraclavicolare destra. I dolori sono probabilmente espressioni della contrazione della tunica muscolare liscia, dalla irritazione della superficie del peritoneo parietale, prodotta dal liquido irritante ed acido e dai gas fuoriusciti. L'irradazione verso la base del torace, l'apice della scapola, la spalla destra è l'espressione dell'irritazione del peritoneo sotto epatico, analogamente ai dolori dei processi infiammatori sottoepatici per lesioni della cistifellea. Tali dolori si accentuano durante le profonde inspirazioni. A questo dolore, iniziale, intenso, che ha grande valore diagnostico subentrano in secondo tempo altri dolori nella fossa iliaca destra, dove per primi defluiscono i liquidi fuorusciti lungo il mesocolon, nel solco parieto colico ed infine col generalizzarsi del processo peritonitico a tutto l'addome. Altre volte dopo il dolore forte iniziale suole aversi un intervallo quasi senza dolore o anche del tutto senza, che si protrae per delle ore finchè non sopraggiunge la peritonite. Il dolore spontaneo corrisponde generalmente al dolore provocato sia per la localizzazione, sia per l'intensità.

2° *Rigidità precoce*, intensa, lignea della parete addominale. La parete muscolare è tetanizzata in generale in tutta la estensione, più accentuata alle parti alte dell'addome. Si accompagna l'atteggiamento di flessione delle coscie sul bacino ed al respiro prevalentemente toracico, lieve, superficiale, frequente come nelle pleuriti diaframmatiche. Tale rigidità lignea, invincibile, che deforma l'addome; infossandolo a mo' di barca, è massimo e generalizzato nelle prime ore; cede poi con l'iniziarsi della peritonite settica, diffusa, dal basso all'alto, in modo da rimaner quasi sempre presente, sia pure in lieve grado, al punto di partenza all'epigastrio. Questa difesa rigida e dolorosa delle pareti addominali sembra sia dovuta alla lesione superficiale del viscere con irritazione vasta e prolungata del peritoneo parietale. Essa può mancare negli individui molto deperiti e con sistema muscolare debole in generale ed in modo speciale della parete addominale per pregressa iperdistensione da gravidanza, asciti abbondanti, affezioni nervose. In tal caso la parete addominale può essere tesa solamente al punto che corrisponde alla perforazione.

3° *Scomparsa dell'ottusità assoluta sull'area epatica anteriore.* — Mentre su un paziente semiseduto la percussione della regione epatica un po' sotto il capezzolo destro fino al bordo costale fa rivelare una netta ottusità, in particolari circostanze patologiche è sostituita da una sonorità più o meno estesa, ma sempre evidente se si ha l'accortezza di percuotere leggermente, e specialmente sulla linea ascellare, col malato in decubito sul fianco sinistro. Tale sonorità è dovuta al fatto che il gas, che in seguito alla perforazione della ulcera, sfugge sotto una certa pressione si espande nel cavo peritoneale libero e va a raccogliersi sotto la cupola diaframmatica, talvolta nello spazio interepato-diaframmatico. Il valore di questo sintomo è variamente valutato; in base alle mie osservazioni io lo ritengo assai utile e prezioso, specialmente quando si presenta precocemente nelle prime ore ed accompagnato dagli altri due sintomi su descritti. Su 24 casi, fu trovato presente 20 volte; degli altri 4, di 2 nella storia clinica non risulta sia stata praticata la percussione del fegato, degli altri 2 si trattava di perforazione rimasta circoscritta con formazione, in un secondo tempo, di un ascesso con gas e liquido gastrico.

Riguardo al tempo di comparsa ho avuto occasione, come medico di guardia, di osservare due soli casi di ammalati cittadini perforati e trasportati immediatamente all'ospedale. In uno la scomparsa dell'area epatica era già avvenuta, dopo pochi minuti della perforazione; nell'altro la scomparsa è avvenuta in reparto circa un'ora dopo ricoverato. Gli altri casi furono osservati oltre le 4 ore, ed in essi questo sintomo fu sempre ritrovato.

Io ripeto, lo ritengo di notevole valore clinico, specialmente per la diagnosi differenziale

con altre sindromi addominali acute, e la sua ricerca non deve essere mai trascurata. Nell'incertezza, nei casi in cui la sua presenza non può venire accertata per mezzo della percussione in causa al piccolo volume, si può ricorrere all'esame radioscopico senza alcuna preparazione dell'ammalato.

Già nei primi stadi della perforazione, nelle prime 24 ore, con una percentuale di circa 87 % si vede una zona a forma di falce che si muove liberamente fra i visceri e la parete addominale o tra fegato e diaframma.

Il gas cambia direzione a seconda dei movimenti del paziente. Naturalmente il sintomo può mancare nei casi di perforazione subito tappata dagli organi vicini; nelle perforazioni circoscritte; quando lo stomaco non contiene gas o molto poco e quindi fuoruscito in poca quantità distribuendosi tra gli organi vicini, non si rende palese alla percussione; in certe perforazioni della piccola curva in cui il gas può fermarsi nel legamento gastrocolico; in quelle posteriori in cui può chiudersi nella borsa omentale; nei casi in cui preesistevano aderenze periepatiche.

Bisogna porre attenzione che il timpanismo epatico oltre che in altre perforazioni si può avere nella peritonite appendicolare ma solamente in un periodo inoltrato quando per la paralisi intestinale l'intestino meteorico va ad interporsi fra parete addominale e fegato, quando il fegato spinto dal colon ruotando sul suo asse frontale si porta indietro e posteriormente, e quando gas fetidi prodotti da anaerobi riempiono tutta la cavità addominale nei rari casi di peritonite icorosa.

SINTOMI SECONDARI.

Ipofonesi ai lati dell'addome. — Nella posizione supina si osserva una ottusità sui fianchi, specialmente a destra, mobile nel cambiamento di decubito.

Questa ipofonesi, indice di versamento libero endoaddominale, è specialmente notevole quando la perforazione avviene a stomaco pieno o il paziente, come spesso accade, beve abbondantemente dopo perforato. Può naturalmente mancare nei casi su descritti in cui manca anche il gas.

Polso. — Nei due casi in cui ho potuto osservare gli ammalati pochi minuti dopo avvenuta la perforazione il polso era frequente 135, piccolo, fuggente. Poi è andato gradatamente migliorando come frequenza e pienezza.

Negli altri casi il polso era sempre pieno, valido, con tensione normale o più spesso leggermente aumentata e poco frequente (dagli 80 ai 100), ritmico. Nei pochi casi osservati in 2ª e 3ª giornata il polso era già frequente (100-130) e meno valido che nei casi osservati nelle prime ore.

Temperatura. — La temperatura è subnormale e normale. Nei due casi appena perforati la temperatura controllata subito era sui 36-36,5, e tale temperatura sino ai 37,2-37,5 fu trovata anche nei casi osservati nelle prime ore. Temperature più elevate sui 38,5-39 compaiono solamente più tardi con lo svilupparsi della peritonite.

Respiro esclusivamente toracico, superficiale, frequente fin dall'inizio, da far pensare ad una affezione pleuro-polmonare.

Vomito. — Senso di nausea, oppressione gastrica, conati di vomito, vomito più o meno precoce sono sempre presenti. Di sostanze alimentari, acquoso, raramente ematico all'inizio, cede il posto ulteriormente al vomito peritonitico, bilioso, fecaloide accompagnato dal singhiozzo. Altre volte fra il vomito iniziale e quello tardivo c'è una pausa di durata varia, anche di qualche giorno.

Alvo: è chiuso alle feci ed ai gas; prima per causa riflessa, poi per l'ileo paralitico secondario alla peritonite diffusa. Frequentemente per parecchie ore si ha pure ritenzione di orina per diminuita secrezione di natura riflessa e tossica.

Facies. — L'ammalato, immobile con gli arti inferiori flessi sull'addome, appare depresso, ansioso, sofferente, nelle prime ore con pallore ed infossamento del viso, sudore alla faccia ed al petto. Dalla 6ª alla 12ª ora è più tranquillo, nei periodi avanzati ha la caratteristica facies peritonitica.

Decubito. — Per evitare la distensione forzata dei muscoli retti dell'addome il paziente passa dal decubito supino a quello seduto aiutandosi con le braccia.

Iperalgesia superficiale per cui l'epigastrio è ipersensibile.

Ascoltazione dell'addome. — Si possono ascoltare rumori a tipo di sfregamento respiratorio; rumori a guisa di tintinnii metallici, aventi la sua massima intensità a livello della perforazione; i toni cardiaci vengono trasmessi verso l'ombellico con timbro anforico. Non si notano movimenti peristaltici.

Enfisema sottocutaneo. — Io non l'ho mai trovato. Si tratta di un enfisema nelle regioni dolorose che si estende sino alla regione ileocecale, descritto da Vigyazò, Eichorst, Korach.

In pochi casi ho osservato lo stiramento in alto del pene, come una erezione flaccida, descritta dal Viglione.

Diagnosi. — Su 24 casi, in 4 fu erroneamente fatta diagnosi di appendicite, intervenendo prima con incisione paracecale; negli altri casi la diagnosi fu esatta intervenendo direttamente sullo stomaco duodeno. La prevalenza dei dolori nella fossa iliaca destra fu la causa dell'errore e fu commesso in casi di perforati da 12 ore.

Molteplici sono le sindromi acute dolorose addominali cui bisogna pensare alla diagnosi differenziale. Ricordo le seguenti:

Le appendiciti acute con o senza perforazione, le diverticoliti, le perforazioni tifose da ulcere rotonde intestinali, da ulcere neoplastiche, tubercolari, colitiche, le perforazioni delle colecisti e le colecistiti acutissime, la peritonite acuta, settica, la tubercolare, le pancreatiti, le varie forme di occlusioni intestinali acute, le torsioni di cisti ovariche ed altri organi endoaddominali, rotture di salpingi nelle forme purulente e nella gravidanza extra-uterina, le coliche renali, biliari, intestinali, le trombosi ed embolie dei vasi mesenterici, della vena porta, le pleuriti diaframmatiche, le polmoniti basali, la gastralgia da ulcera peptica, da avvelenamento, da idiosincrasie, da perfrigeramento, da errori alimentari, la gastrite flemmonosa, le crisi gastriche tabetiche, la colica saturnina, le nevriti intercostali, le radicoliti spondilitiche, le pericarditi acute, l'angina pectoris sotto diaframmatica, il reumatismo, l'ascesso acuto e l'ematoma interstiziale dei muscoli addominali, l'incarceramento dell'ernia epigastrica, la insufficienza acuta delle ghiandole surrenali, l'isterismo. Non posso discutere una ad una queste diverse sindromi, data la loro molteplicità, ritengo perciò utile riunire in alcuni schemi sinottici le diagnosi più comuni.

Ulcera g.-d. perforata.	*Appendicite acuta.*
Età: prevalente dai 20 ai 50 anni.	*Età*: prevalente sotto i 35 anni.
Anamnesi: precedenti gastrici.	*Anamnesi*: negativa o precedenti dolori in sede appendicolare con disturbi dispeptici.
Inizio: violento, acutissimo, preceduto disturbi gastrici. Spesso collasso.	*Inizio*: acuto, preceduto da dolori appendicolari, malessere generale. Raro collasso.
Dolore spontaneo: violento all'epigastrio, alla regione ileocecale poi diffuso.	*Dolore spontaneo*: meno violento, prima alla regione ileocecale, di rado periombellicale, poi diffuso.
Dolore irradiato: dorso, base emitorace destro, scapola destra.	*Dolore irradiato*: talvolta periombellicale, o lungo coscia destra.
Dolore provocato: epigastrio, e fossa ileocecale, poi diffuso.	*Dolore provocato*: prevalente fossa ileocecale e punti appendicolari, poi diffuso.
Aspetto del ventre: teso, retratto, iperestesia cutanea accentuata regione epigastrica.	*Aspetto del ventre*: meno teso, meteorico, difesa muscolare e iperestesia cutanea più accentuata regione appendicolare.
Versamento: presente precocemente.	*Versamento*: presente tardivamente.
Area epatica: assente precocemente.	*Area epatica*: conservata, scomparsa tardiva.
Polso: piccolo, frequente all'inizio, poi raro, e valido, infine piccolo, frequente.	*Polso*: piccolo, frequente.
Respiro: superficiale, frequente.	*Respiro*: poco alterato.
Temperatura: subnormale o subfebbrile (37°,5).	*Temperatura*: febbrile (38°-39°,5).
Decubito supino: Il paziente si mantiene immobile o passa dal decubito supino a quello seduto aiutandosi con le braccia.	*Decubito*: quasi supino col tronco un po' rotato a destra, con semiflessione della gamba sulla coscia, abduzione leggera, rotazione esterna (Signorelli). Il decubito laterale sinistro esacerba notevolmente il dolore spontaneo.

Ulcera g.-d. perforata.	*Peritonite acuta.*
Età: 25 ai 50 anni.	*Età*: 3 ai 35 anni.
Anamnesi: precedenti gastrici.	*Anamnesi*: secondo l'origine (salpingi, appendice, tbc., ecc.).
Inizio: acutissimo con collasso.	*Inizio*: acuto senza collasso.
Dolore spontaneo: violento, all'epigastrio, regione ileocecale, poi diffuso.	*Dolore spontaneo*: secondo l'organo di origine.
Versamento: precoce.	*Versamento*: tardivo.
Area epatica: scomparsa precoce.	*Area epatica*: presente o scompare tardivamente.
Ventre: teso, ligneo, dolentissimo, retratto.	*Ventre*: teso, dolentissimo ma generalmente meteorico.
Polso: frequente, piccolo, poi teso, raro, infine piccolo e frequente.	*Polso*: piccolo, frequente.
Temperatura: subnormale o subfebbrile.	*Temperatura*: elevata o febbrile.

Ulcera g.-d. perforata.	*Pancreatiti acute. Necrosi acuta pancreatica.*
Età: dai 25 ai 50 anni.	*Età*: dai 35 ai 65 anni.

Anamnesi: precedenti gastrici.

Inizio: acutissimo con collasso.

Dolore spontaneo: violento all'epigastrio, regione ileocecale, diffuso.

Dolore irradiato: dorso, emitorace destro, spalla destra.

Dolore provocato: epigastrio, regione ileocecale, diffuso.

Versamento: presente.

Area epatica: assente.

Ventre: retratto, teso, dolente.

Polso: frequente, piccolo, poi raro, teso, poi piccolo frequente.

Temperatura: subnormale o subfebbrile.

Alvo: chiuso, feci e gas.

Ulcera g.-d. perforata.

Sesso: prevalente sesso maschile.

Anamnesi: precedenti gastrici.

Inizio: acutissimo con colasso.

Dolore iniziale: epigastrio, regione ileocecale, diffuso.

Area epatica: scomparsa.

Versamento: presente.

Anamnesi: rari disturbi digestivi (cirrosi epatica, calcolosi, colecistiti, adiposi, alcoolismo, lue, trauma).

Inizio: acutissimo con collasso persistente (dramma pancreatico del Giordano).

Dolore spontaneo: all'epigastrio a mo' di sbarra trasversale; non si generalizza.

Dolore irradiato: dorso, spalle, più alla sinistra, creste iliache, genitali, arti inferiori.

Dolore provocato: solo all'epigastrio e poco accentuato (punto di Dejardins).

Versamento: assente.

Area epatica: presente.

Ventre: manca rigidità nelle prime ore, meteorismo tra ombellico e sterno (segno del Gobiet).

Polso: Bradicardia; piccolo e frequente nel collasso.

Temperatura: ipotermia, poi subfebbrile.

Alvo: chiuso all'inizio, precoce diarrea, Cianosi, rapido dimagrimento con astenia, subittero, urobilinuria, talora glicosuria, steatorrea.

Torsioni organi endo-addominali.

Sesso: prevalente sesso femminile.

Anamnesi: talvolta sforzi, traumi, movimenti bruschi.

Inizio: violento, improvviso, talora con collasso.

Dolore iniziale: secondo il viscere (ovaio, omento, salpingi, cistifellea, mioma uterino. rene, ecc.).

Area epatica: presente.

Versamento: assente all'inizio, può comparire tardivo.

Ventre: teso, duro, retratto e dolentissimo.

Vomito: acquoso, alimentare.

Alvo: chiuso, feci e gas.

Respiro: frequente, superficiale.

Tumore: non palpabile.

Ulcera g.-d. perforata.

Sesso: prevalente maschile.

Anamnesi: precedenti gastrici.

Inizio: acutissimo con collasso; non anemia.

Dolore iniziale: epigastrio.

Dolore irradiato: dorso, base emitorace destro, spalla destra.

Dolore provocato: accentuato a tutto l'addome a prevalenza epigastrio e poi ileocecale.

Versamento: precoce. mobile.

Area epatica: precocemente scomparsa.

Temperatura: subnormale o subfebbrile.

Polso: piccolo, frequente all'inizio, poi teso, valido, infine piccolo, frequente.

Alvo: chiuso.

Urine: ritenzione breve, poi normali.

Esame tasca del Douglas: teso e occupato da liquido e dolente.

Ulcera g.-d. perforata.

Età: prev. 25 ai 50 anni.

Ventre: in lieve difesa muscolare, meteorico, poco dolente in corrispondenza al viscere torto.

Vomito: alimentare. bilioso.

Alvo: chiuso per via riflessa.

Respiro: poco alterato.

Tumore: spesso palpabile, dolente un po' alla pressione, e non sede di dolori pulsanti spontanei. Spesso gli accessi dolorosi sono accompagnati da brividi di freddo.

Rottura gravidanza extrauterina.

Sesso: femminile.

Anamnesi: fenomeni gravidici.

Inizio: acutissimo con collasso ed anemia.

Dolore iniziale: quadranti inferiori addome.

Dolore irradiato: alle regioni sacrali crurali, otturatorie.

Dolore provocato: lieve quadranti addominali inferiori.

Versamento: precoce. poco mobile.

Area epatica: sempre conservata.

Temperatura: subnormale, febbrile più tardivamente.

Polso: piccolo, vuoto. frequente, migliora tardivamente con l'arresto emorragia.

Alvo: tenesmo.

Urine: urobilinuria. tenesmo.

Esame tasca del Douglas: teso, occupato da una massa pastosa, rotondeggiante, poco dolente.

Affezioni pleuro polmonari acute.

Età: prevalente nei bambini.

Anamnesi: precedenti gastrici.

Inizio: acutissimo con collasso.

Dolore spontaneo: epigastrio, regione ileocecale poi diffuso.

Dolore irradiato: dorso, emitorace destro, spalla destra.

Dolore provocato: accentuato epigastrio, regione ileo-cecale diffuso.

Versamento: precoce.

Area epatica: scomparsa.

Aspetto del ventre: retratto a barca teso.

Respiro: superficiale, frequente.

Polso: piccolo frequente poi raro teso, infine piccolo, frequente.

Temperatura: subnormale e subfebbrile.

Vomito: presente.

Alvo: chiuso.

Ulcera g.-d. perforata.

Anamnesi: precedenti gastrici.

Inizio: acutissimo con collasso.

Temperatura: subnormale o subfebbrile.

Dolore iniziale: fortissimo.

Dolore irradiato: dorso, base emitorace destro, spalla destra.

Anamnesi: infreddature, malattie infettive, ecc.

Inizio: acuto, senza collasso.

Dolore spontaneo: quadranti superiori dell'addome, regione ileo-cecale, base torace. Il dolore addominale è soggettivo, non congiunto che a iperestesia cutanea.

Dolore irradiato: spalle, regione ileo-cecale, periombellicale.

Dolore provocato: scarso o mancante all'addome.

Versamento assente.

Area epatica: presente.

Aspetto del ventre: leggera tensione con iperestesia cutanea superficiale. Il bambino rilascia le pareti addominali un po' tese durante l'inspirazione.

Respiro: superficiale, frequente.

Polso: pieno, un po' frequente in rapporto con la temperatura.

Temperatura: febbrile, elevata.

Vomito: generalmente assente; tosse, cefalea, rossore alle guancie, erpes labialis, lesioni pleuriche o polmonari.

Alvo: aperto.

Gastralgie.

Anamenisi: cause (freddo, errori e accessi alimentari, idiosincrasia, avvelenamento, ecc.).

Inizio: acuto senza collasso.

Temperatura: subnormale o subfebbrile.

Dolore iniziale: forte.

Dolore irradiato: a tutto il ventre, talora braccia, capo, dorso.

Dolore provocato: accentuato epigastrio regione ileo-cecale, diffuso.

Ventre: teso, duro contratto.

Versamento: presente.

Area epatica: scomparsa.

Alvo: chiuso.

Polso: piccolo frequente poi teso valido, infine piccolo frequente.

Ulcera g.-d. perforata.

Anamnesi: precedenti gastrici.

Inizio: acutissimo con collasso.

Dolore iniziale: epigastrio regione ileo-cecale poi diffuso.

Dolore irradiato: dorso, base emitorace destro, spalla destra.

Dolore provocato: accentuato epigastrio regione ileo-cecale, diffuso.

Ventre: teso, duro retratto dolentissimo.

Area epatica: assente.

Versamento: presente.

Alvo: chiuso, feci e gas.

Temperatura: subnormale o subfebbrile.

Polso: frequente piccolo poi teso valido infine piccolo frequente.

Vomito: acquoso, alimentare, infine fecaloide.

Ulcera g.-d. perforata.

Età: dai 20 ai 25 anni.

Dolore provocato: lieve diffuso o all'epigastrio — la pressione provoca diminuzione del dolore. — Lieve iperalgesia cutanea.

Ventre: normale, meteorico.

Versamento: assente.

Area epatica: presente.

Alvo: aperto, talora diarrea.

Polso: un po' frequente.

Colica saturnina.

Anamnesi: professione con uso piombo o avvelenamento — disturbi intestinali; diarrea.

Inizio: acuto, talora con collasso non grave.

Dolore iniziale: diffuso.

Dolore irradiato: a tutto il ventre talvolta braccia, capo, dorso.

Dolore provocato: la pressione fa diminuire i dolori.

Ventre retratto: avvallato, ligneo, poco dolente alla pressione, resistenza e dolorabilità non uniforme.

Area epatica: presente.

Versamento: assente.

Alvo: stipsi assoluta.

Temperatura: generalmente subnormale.

Polso: teso, raro (40-50 al minuto primo).

Vomito: insistente acquoso, alimentare.

Embolia e trombosi Vasi intestinali.

Età: prevalente dopo i 40 anni.

Anamnesi: Precedenti gastrici.	*Anamnesi*: affezioni settiche, flebiti, cardiopatie, arteriosclerosi, aneurisma, aorta, lue, alcool, ecc.
Inizio: acutissimo con collasso.	*Inizio*: acutissimo, collasso frequente.
Dolore spontaneo: acutissimo, all'epigastrio, ileo-cecale, diffuso.	*Dolore spontaneo*: dolore violento a tipo colico, periombellicale.
Dolore provocato: epigastrio, fossa ileo-cecale, diffuso.	*Dolore provocato*: ora diffuso ora ben circoscritto.
Ventre: teso, duro, retratto, dolentissimo.	*Ventre*: meteorico. lieve dolorabilità senza spiccata difesa muscolare.
Area epatica: scomparsa.	*Area epatica*: presente.
Versamento: presente.	*Versamento*: spesso rapido ed abbondante.
Alvo: chiuso.	*Alvo*: enterorragia, stipsi o diarrea.
Vomito: acquoso, alimentare.	*Vomito*: bilioso, ematico.
Tumore: non palpabile.	*Tumore*: spesso si palpa un tumore unico o multiplo, male distinto, irregolarmente delimitabile come un pugno, dolente alla pressione, con suono smorzato alla percussione. Polso ascendente.

Ulcera g.-d. perforata.	*Colecistite acutissima.*
Età: dai 25 ai 50 anni.	*Età*: dai 25 ai 50 anni.
Sesso: prevalente maschile.	*Sesso*: prevalente femminile.
Inizio: acutissimo con collasso.	*Inizio*: acutissimo, senza collasso.
Dolore spontaneo: acutissimo, all'epigastrio fossa ileo-cecale poi diffuso.	*Dolore spontaneo*: acutissimo, in sede colecistica.
Dolore provocato: epigastrio, fossa ileo-cecale poi diffuso.	*Dolore provocato*: regione colecistica.
Ventre: teso, duro, retratto.	*Ventre*: contrattura prevalente, retto superiore di destra; meteorismo diffuso.
Area epatica: assente.	*Area epatica*: presente, talora aumentata.
Versamento: presente.	*Versamento*: assente.
Temperatura: subfebbrile o subnormale senza brividi.	*Temperatura*: elevata, febbrile con brividi.
Vomito: acquoso, alimentare.	*Vomito*: biliare.

Con tale esuberanza di sindromi addominali acute ch'io ho cercato di sintetizzare, raggruppandone i loro sintomi principali, sembrerebbe difficile la diagnosi; e tale è infatti nei casi in cui il decorso è irregolare per cui fa difetto qualche sintomo cardinale o il sanitario fa un esame incompleto e non sa valutare la sintomatologia che il paziente presenta; nei casi invece, e sono la maggioranza, in cui la sindrome perforativa presenta la sintomatologia ch'io ho esposta non mi sembra il compito troppo arduo.

Precedenti gastrici, dolore epigastrio acutissimo con collasso, ventre ligneo retratto, dolentissimo, scomparsa dell'area epatica sono i quattro sintomi principali caratteristici di una perforazione gastro-duodenale che uniti agli altri secondari sopra esposti permetteranno di fare la giusta diagnosi. Nel dubbio, in presenza di un addome acuto, io consiglio di trasportare subito l'ammalato in un ospedale o in una casa di cura, senza esitare, convincendo i parenti di tale urgente necessità senza chiamare a domicilio un consulente lontano e senza attendere di riunire un consiglio di famiglia per prendere una decisione che riuscirebbe troppo tardiva e talora fatale al povero ammalato.

RIASSUNTO.

L'Autore sulla osservazione di 24 casi di ulcera gastroduodenale perforata espone la sintomatologia e le principali diagnosi differenziali di tale affezione.

Raccomanda lo studio diligente e completo dell'ammalato onde venire ad una diagnosi precoce ed a un pronto intervento chirurgico per la salvezza del paziente.

BIBLIOGRAFIA.

1) BRUT-BRECTZ. Z. Klin. Chir., Bd. 137, H. 4, 1927.
2) HARTMANN. Journal de Praticiens, 7 ag. 1926.
3) AIGROT. La Presse Médicale, 8 febbraio 1926, n. 3, pag. 35.
4) CANTELMO. Morgagni, n. 23, 1931.
5) ALESSANDRI. Rel. Soc. Piem. di Chir., 16 aprile 1932.
6) CANAVERO. Ibid., 27 giugno 1931.
7) PLEATOU. Long. Island. Medical Journal, 3 gennaio 1929, n. 3.
8) DESMAREST. Presse Médicale, n. 27, 1926.
9) EICHORST. *Trattato di patologia medica.*
10) GUARALDI. Policl., Sez. Pratica, n. 32, 2 giugno 1930.
11) SOUPAULT. Presse Médicale, n. 9, 1930.
12) PAOLINI e PALLOTTI. Rinn. Medico, lug. 1926.
13) CLIVIO PESTALOZZA. *Tratt. Ostetricia.* Vallardi, 1924.
14) VAUGHAN-SUIGER. Surg., Gyn. et Obst., 1929.

15) VAUGHAN-BRAMS. Amer. Journal Med., v. 85, n. 24.
16) PIERI. Policl., Sez. Prat., n. 7, pag. 253, 15 febbraio 1932.
17) DOBELLI. Riv. Ospitaliera, n. 5, 1928.
18) VIGYAZÒ Zblatt. f. Chirurgie, 12 febbraio 1926.
19) NELLER. Münch. Med. Woch., n. 13, 1929.
20) WATSON. Brit. Med. Journal, 2 agosto 1930.
21) PAUCHET. Le Monde Méd., n. 136, nov. 1931.
22) BOBBIO. Min. Medica, n. 27, 1928.
23) MONCALVI. *Peritoniti perforative*. S. E. L. Milano, 1929.
24) BARBERA. Policl., Sez. Chir., n. 11, 15 novembre 1930.
25) MOYUCHIN. Arch. Ital. di Chir., vol. 18, 1927.
26) GIORDANO. Rass. Clin. Scientifica, I. B. I., 1927.
27) GASPARRINI. Ibid., 1927.
28) NEGRONI. La Clinica chirurgica, 1927.
29) LEJARS. *La chirurgia d'urgenza*. E. S. E., Vallardi.
30) LEUBE. *Diagnostica differenziale*. Vol. I. Ed. Vallardi.
31) DOMINICI. *Piccola chir. e chir. d'urgenza*. Ed. Pozzi.
32) FORGIE. *Pat. Chir*. Vol. II. S. E. L., Milano.
33) DE QUERVAIN. *Diagnostica chir.*, Ed. Vallardi.
34) DONATI. *Chirurgia dell'addome*. U. T. E. T., Torino.
35) FERRIO. *Diagn. Malattie Int*. U. T. E. T., Torino.
36) ORTNER. *Sintomatologia clin. mal. int*. Ed. Vallardi.
37) SERGENT. *Trattato Patol. Med*. Ed. Maloine.
38) BOURDE. Journal des praticiens, 2 genn. 1932.
39) BEGUIN. *Patologia Chirurgia*. Ed. Vallardi.
40) MOHR e STAEHELIN. Vol. III, p. II. S. E. L. Milano.
41) WULLSTEIN e KUTTNER. *Trattato di Chirurgia*. U. T. E. T., Torino.
42) TIRONE. Relaz. Associazione Medica Triestina, 14 novembre 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Radiologia Medica della R. Università di Roma.

Direttore: Prof. A. BUSI.

Trattamento roentgenterapico e chirurgico in un caso di voluminoso ipernefroma (*).

Dott. GASTONE IMPIOMBATO, assistente.

I primi tentativi di cura dei tumori maligni rimontano al 1896; la terapia dei neoplasmi conta quindi numerosi anni di esperienza. Le prime applicazioni, del tutto empiriche, dettero risultati spesso contrastanti.

Non si conoscevano mezzi adatti a misurare la quantità dei raggi X e a determinare la qualità delle radiazioni e pochi furono i casi ad esito fortunato, molti invece gli insuccessi.

I pazienti spesso non ritraevano alcun vantaggio da tali cure ma, con frequenza, le lesioni neoplastiche dalle quali erano affetti sembrava accelerassero il ritmo del loro decorso e progredissero rapidamente in estensione e gravità.

Si aggiungevano inoltre, gravi lesioni di tessuti sani colpiti dalle irradiazioni e violente reazioni generali accompagnate dalle più impreviste ed inattese conseguenze.

Il miracoloso mezzo che tanti entusiasmi aveva suscitato, fu presto considerato con scetticismo e ritenuto nocivo. Questo scetticismo permane ancora oggi nell'animo di molti medici. Si parla addirittura di disastri dovuti ai raggi X, di repentini peggioramenti dello stato generale e della lesione locale, di dose eccitante, di stimolazione del tessuto neoplastico e di altri fatti infondati e inesatti. Tali avventati giudizi non hanno ragione di essere. Basta seguire da vicino le continue prove che ci vengono fornite dalle scienze biologiche e fisiche orientate al campo della Roentgenterapia, per rendersi esatto conto di quali meravigliosi risultati siano capaci i raggi X.

Il microscopio infatti, ha reso noto il susseguirsi delle varie modificazioni istologiche dopo le irradiazioni dei tumori.

Le prime a risentirne gli effetti sono le cellule neoplastiche e mentre esse subiscono una involuzione, a carico del tessuto connettivo si nota un'attiva ed intensa proliferazione.

Le cellule tumorali dimostrano dopo pochi giorni dall'irradiazione gravi alterazioni: i nuclei si colorano sempre con maggiore diffi-

(*) Comunicazione svolta alla XIII Riunione del Gruppo Centro Meridionale e Siculo-Sardo, Napoli, 1931.

coltà, la cromatina si disgrega e diventa granulosa. Infine il nucleo poco riconoscibile nella sua struttura istologica, si raggrinza e si dissolve. Il protoplasma, d'altra parte, diventa metacromatico, poi si vacuolizza tanto da fare assumere alla cellula un aspetto spugnoso, i confini cellulari scompaiono ed il tessuto tende a costituire un sincizio.

Si assiste quindi, dopo un processo di necrobiosi, ad una vera citolisi.

Invece i nuclei degli elementi connettivali entrano in cariocinesi e la proliferazione di questo tessuto diventa attivissima, Si costituisce così un vero e proprio tessuto di granulazione ricco di vasi neoformati nei quali restano inclusi isole e residui di cellule in disfacimento.

In questi tessuti sono presenti in gran numero i macrofagi che includono e disgregano gli elementi cellulari superstiti.

Spesso l'abbondante tessuto connettivo neoformato si dispone a guscio intorno al tumore irradiato e si viene così a costituire una provvidenziale barriera naturale che fortemente ostacola la diffusione in loco e la disseminazione a distanza del tumore.

È facile intendere che per ottenere risultati così favorevoli e lusinghieri ci si debba mettere nelle condizioni più adatte di tecnica. È necessario inoltre conoscere alcune leggi sulla vitalità e resistenza delle cellule neoplastiche.

Una delle caratteristiche dei tumori maligni consiste nel loro rapido sviluppo e nella tumultuosa e disordinata moltiplicazione cellulare.

Istologicamente quindi, è costante il riscontro di un gran numero di cellule in cariocinesi.

Non ci addentreremo qui nella controversa e dibattuta questione se la cariocinesi sia espressione di giovinezza delle cellule o piuttosto, come sostiene il Nemenow con suggestive considerazioni ed esperienze, di « invecchiamento » e di « agonia cellulare ».

A noi basta riconoscere quanto Regaud e Blanc (1906) concludevano dopo una lunga serie di ricerche « di fronte ai raggi X, la cariocinesi è un momento di minore resistenza delle cellule ».

Da queste fondamentali premesse emerge chiaro il criterio dell'odierna terapia Roentgen.

Oggi non sono quasi mai adottate più, come un tempo, le dosi massive. Con esse venivano colpite solo le cellule sorprese in cariocinesi al momento della irradiazione mentre gli altri elementi cellulari procedevano indisturbati nel loro fatale evolversi.

L'organismo aggredito con altissime dosi di raggi X che liberavano in una sola volta grandi quantità di prodotti tossici, derivati dal disfacimento delle cellule colpite, veniva compromesso in tutte le sue funzioni e gravi erano le reazioni generali.

Esiste oggi una vera posologia dei raggi Roentgen.

La dose unitaria massima che può essere somministrata in determinato campo, senza tema di danni, è la dose eritema. Essa è la reazione cutanea che segue all'irradiazione: un leggero eritema che compare dopo otto giorni dall'applicazione ed un successivo imbrunimento della pelle con desquamazione.

Tolte alcune speciali indicazioni, l'attuale tecnica terapeutica dei tumori maligni, non applica in un'unica irradiazione tutta la dose eritema, la fraziona invece e la diluisce nel tempo.

Questo metodo ci permette con le numerose successive applicazioni di raggiungere e colpire il maggior numero delle cellule in cariocinesi. Vengono così evitati i dannosi effetti della dose massiva ed aumentati invece i vantaggi e l'efficacia della cura, anche perchè le dosi frazionate e protratte si sommano e si esaltano determinando un effetto biologico superiore ad una pari dose somministrata globalmente (Regaud 1928, Kahlstorf 1929, Gunsett e Meyer 1931).

Altri ritrovati ci permettono d'inviare sui tessuti neoplastici una grande quantità di raggi X senza arrecare lesioni ai tessuti sani: senza superare cioè la dose eritema per campo.

I raggi usati sono durissimi — mentre quelli più dannosi per la pelle — i raggi di grande lunghezza d'onda o molli — vengono eliminati con adatti filtri.

I campi pei quali le radiazioni entrano nell'organismo — porte d'entrata — sono molteplici ed il loro numero è legato alla forma ed alle dimensioni della regione da trattare.

Va poi tenuto conto della distanza dell'ampolla dalla pelle — distanza focale — per aumentare opportunamente le intensità dei raggi e ridurne la dispersione.

Anche l'ampiezza del campo d'incidenza ha notevole importanza se si vuol prendere in considerazione il forte ricupero delle radiazioni secondarie dei tessuti.

*
* *

Da quanto abbiamo esposto possiamo dedurre e concludere che la odierna radioterapia profonda è basata sui seguenti canoni: frazionamento delle dosi, uso d'irradiazioni dure, eliminazione dei raggi molli, moltepli-

cità delle porte d'entrata, calcolo della distanza focale, esatta misura dell'ampiezza del campo d'incidenza, perfetta taratura dei tubi radiogeni.

Tenendo rigoroso conto di questi dati, noi possiamo oggi intraprendere la terapia Roentgen dei tumori maligni con fondate speranze di successo e con la certezza di non ledere la integrità dei tessuti sani nè quella dell'organismo.

Assisteremo ad arresto nell'evoluzione del processo neoplastico e a guarigioni cliniche per più anni controllabili, anche in casi ad infausta prognosi nei quali ogni speranza poteva sembrare infondata.

Dobbiamo tuttavia riconoscere che vi sono dei casi nei quali l'opera del solo radiologo è insufficiente. Quando un tumore è vasto ed ha raggiunto notevoli dimensioni, non è possibile sperare tutto dalla Roentgenterapia. D'altra parte sono appunto questi i malati di fronte ai quali spesso anche il chirurgo rimane disarmato.

L'intima collaborazione fra chirurgo e radiologo allora s'impone: il lavoro dell'uno integra e completa l'opera dell'altro e i risultati sono il più delle volte brillantissimi.

*
* *

Attenendoci fedelmente ai concetti e ai criteri sopra enunciati, abbiamo trattato un caso che teniamo ad esporre perchè particolarmente grave di tumore renale.

A. N., medico. Nulla di notevole nell'anamnesi remota famigliare e personale. Nel 1917, in zona di guerra riportò, per l'esplosione di una granata, grave trauma alla regione lombare D.

Si accorse, dopo il trauma, che il rene di D. si era mobilizzato. Fino al 1927 non ebbe alcun disturbo, in tale anno però, in seguito ad una cavalcata, fu preso da vivi dolori al fianco destro ed emise sangue con le orine. Fu sospettata in primo tempo una idronefrosi da inginocchiamento ureterale.

Ebbe ancora ad intervalli di mesi nuove coliche e frequenti ematurie.

Negli ultimi mesi del 1927 il p. notò che il fianco destro s'ingrossava e apprezzò con la palpazione una tumefazione endoaddominale.

Le ematurie ostinate e la tumefazione che non si riduceva, ma invece aumentava, lo spinsero a sottoporsi ad un accurato esame clinico. Fu studiato dal prof. Ciancarelli nell'aprile del 1928. L'esame obiettivo fornì i seguenti elementi: stato di accentuata denutrizione. Pallore della cute e delle mucose. Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio e digerente.

L'addome si presentava ingrossato nella sua metà destra. La palpazione mise in evidenza la presenza di una grossa tumefazione che occupava l'ipocondrio e il fianco destro che oltrepassava sul lato interno la linea mediana dell'addome e raggiungeva in basso la cresta iliaca d.

Clinicamente e col sussidio della radiologia fu fatta diagnosi di tumore renale.

Fu deciso l'intervento chirurgico.

La lombotomia mise in evidenza un tumore di colorito biancastro, delle dimensioni di una testa di adulto che interessava il rene, di consistenza molle elastica, pseudo-fluttuante.

In un primo tempo si pensò ad una grossa cisti solitaria del rene. Per redimere ogni dubbio fu inciso il tumore: alla superficie di sezione esso apparve di colorito giallastro, di aspetto encefaloide, solcato da grossi vasi ectasici.

La massa fu marsupializzata e, nel sospetto divenuto fondato dopo il taglio, di essere di fronte ad un ipernefroma, fu prelevato un frammento. La ricerca istologica confermò la diagnosi di ipernefroma.

Il caso, e per le dimensioni della massa neoplastica e per le vaste aderenze che essa aveva con organi e tessuti circostanti, imponeva una prognosi gravissima.

L'atto operativo fu impossibile per il volume della massa, le sue aderenze e la sua grande vascolarizzazione.

Il prof. Busi, chiamato a consulto, propose di mantenere drenata la breccia operatoria e di irradiare il tumore in queste condizioni. L'esteriorizzazione del tumore avrebbe permesso la rapida eliminazione dei tessuti necrotizzati e disfatti dalla radioterapia; le irradiazioni quindi avrebbero potuto essere praticate nel modo più energico e completo con una perfetta tolleranza da parte del paziente.

Seguendo questo indirizzo il trattamento Roentgenterapico fu effettuato dal prof. Nuvoli.

Era prevedibile che già le prime applicazioni avrebbero determinato lo sfacelo dei tessuti neoplastici e che i prodotti di tale disfacimento avrebbero dato luogo a gravi fatti tossici.

Infatti già alla terza irradiazione, imponenti furono i segni d'intossicazione dell'organismo: grave malessere generale, alta febbre (39°), ma opportunamente, secondo i dettami del prof. Busi, il tumore era stato marsupializzato alla parete e attraverso questa via si assistette per vari giorni alla fuoriuscita abbondantissima e continua di liquido emorragico, di detriti e di blocchi di materiale neoplastico disfatto.

La derivazione all'esterno e quindi la facile eliminazione di prodotti ad alto contenuto tossico, è certamente il fattore necessario ed indispensabile per il buon andamento della cura in casi di grosse e sensibili masse neoplastiche.

Nel caso da noi preso in esame, l'organismo, già duramente provato dalla grave affezione dalla quale era minato, non avrebbe resistito ai danni consecutivi al riassorbimento di così abbondanti prodotti tossici.

Solo quindi in virtù di questo espediente, la terapia Roentgen si potè effettuare a fondo. Il paziente tollerò le molteplici applicazioni in modo soddisfacentissimo.

Le irradiazioni furono così distribuite:

1° ciclo (iniziato il 13-V-28):

Un quarto di dose al giorno; 12 applicazioni suddivise in tre campi: uno anteriore destro, uno laterale destro, l'altro posteriore destro.

Il paziente si ripresentò dopo sette mesi notevolmente migliorato nello stato generale. Il tumore si era ridotto a circa la metà del suo volume primitivo.

I risultati dunque ottenuti dal primo ciclo di irradiazioni furono incoraggianti.

2° ciclo (12-II-28):

Quattro campi cutanei, uno anteriore destro, uno laterale destro, uno posteriore destro, uno laterale sinistro, somministrazione di un quarto di dose al giorno, complessivamente 16 applicazioni. Nel maggio 1929, il tumore si era ridotto alle dimensioni di un arancio.

La roentgenterapia aveva risposto brillantemente: il tumore era molto rimpicciolito, lo stato generale del paziente, ottimo. Tuttavia insistere ancora con nuove applicazioni, sarebbe stato vano. I vantaggi già ottenuti erano grandi, ma nei successivi esami obbiettivi, lo stato della massa neoplastica era divenuto stazionario; il suo volume era rimasto immutato. La radiologia allora cedette le armi al chirurgo e fu deciso un nuovo intervento per tentare l'asportazione del tumore.

Il chirurgo (prof. Ciancarelli) trovò il neoplasma aderente al fegato e al colon e con brillante intervento riuscì ad asportarlo insieme col rene destro.

Si trattava ormai, di una massa delle dimensioni di un pugno che si impiantava sul polo inferiore del rene, a superficie bernoccoluta, di colorito giallastro.

La sezione dimostrò la presenza di un guscio di tessuto fibroso, erto due dita, che conteneva e limitava un nucleo neoplastico encefaloide di aspetto, molle al tatto, solcato da grossi vasi, facilmente sanguinante.

Dopo l'intervento, a scopo profilattico, si somministrarono su tre campi sei applicazioni di un quarto di dose ciascuna. L'ultima irradiazione fu eseguita il 7-X-29.

Da tale epoca il paziente sta bene ed esercita attivamente la sua professione.

Ecco dunque un caso nel quale la stretta collaborazione fra il chirurgo ed il radiologo ha dato esito a risultati addirittura insperati. La radioterapia eseguita dopo esteriorizzazione chirurgica della massa neoplastica ne ha determinata la riduzione, la limitazione entro un resistente involucro e queste condizioni hanno reso possibile un radicale intervento che ha liberato il paziente di uno dei più maligni tumori.

Il malato oggi si può considerare clinicamente guarito.

*
* *

Il caso illustrato fa parte della clientela privata del Prof. Nuvoli che gentilmente me ne ha permessa la pubblicazione.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver tratteggiato i concetti fondamentali ai quali si attiene l'odierna radioterapia, illustra un caso di voluminoso ipernefroma trattato con brillanti risultati prima coi raggi X ed in un secondo tempo, ridotto ormai a dimensioni minime, asportato dal chirurgo.

Il p. è ancora oggi in ottime condizioni di salute.

BIBLIOGRAFIA.

Bellucci. *Lesioni da raggi.* Atti del X Congr. Ital. di Radiolog. Med.

Busi. *Introduzione al corso di radiologia medica.* Castellani, 1930.

Piergrossi. L. *Applicazioni di fisica dei raggi X.* Giannini, 1928.

Ponzio. *Elementi fisici e biologici della radioterapia.* U.T.E.T., 1927.

Solomon. *Précis de rhadiothérapie profonde.* Masson, 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMATOLOGIA.

Dermatosi da luce.

(A. Perutz. *Wiener Klin. Vochens.*, 24 marzo 1933).

Sono chiamate dermatosi da luce tutte quelle alterazioni della cute che si producono sotto l'influenza della luce. Se ne distinguono due gruppi, a seconda che esiste un'abnorme sensibilità alla luce oppure, invece, una precedente fotosensibilizzazione per la presenza di una sostanza che agisce da fotosensibilizzatrice, presupposto necessario per il fenomeno della sensibilizzazione alla luce.

L'A. classifica le alterazioni cutanee da luce secondo il seguente schema.

A) Malattie da insufficienza di esposizione alla luce (Tubercolosi, rachitide, scorbuto, ecc.).

B) Malattie da sensibilizzazione alla luce provocata da:

1) un noto sensibilizzatore endogeno (Hydroa aestivalis);

2) un sensibilizzatore endogeno ignoto (Prurigo aestivalis, xeroderma pigmentosum);

3) un sensibilizzatore introdotto artificialmente (Dermatite da tripaflavina, da acridina, ecc.);

4) una sensibilizzazione proveniente dall'esterno (Dermatite da acqua di Colonia);

5) una sensibilizzazione alimentare (Fagopirismo, melanosi di Riehl, pellagroide di Oppenheim, in certo senso anche la pellagra e l'ustilaginismo di Mayerhof).

C) Malattie da sensibilità alla luce (Efelidi, forse cloasma).

D) Alterazioni cutanee da luce, e cioè:

1) da sorgenti naturali di luce (Dermatite solare, cute da marinaio di Unna, cutis rhomboides nuchae);

2) da sorgenti artificiali di luce (Dermatite da raggi Roentgen).

Al punto A), è da osservare che secondo qualche autore (Jausion) la tubercolosi, la rachitide e le malattie indicate come avitaminosi (scorbuto, beri-beri, morbo di Barlow) sono da considerarsi come malattie da carenza di luce.

Per quanto riguarda le malattie da sensibilizzazione alla luce, è da rilevarsi che le sostanze coloranti fluorescenti sono capaci di rinforzare

in tal modo i raggi luminosi che la luce solare (che sarebbe altrimenti innocua) esercita una influenza dannosa sulle cellule e sui tessuti viventi. Tale azione si esplica soltanto quando la luce solare colpisce la cute, ma non nell'oscurità.

Un sensibilizzatore che si forma nell'organismo è la porfirina, un derivato dall'emoglobina, sostanza fluorescente che ha la proprietà di essere un sensibilizzatore fotodinamico. Quando si aggiunge una soluzione di porfirina ad una sospensione di parameci, questi muoiono se vengono esposti al sole, ma continuano a vivere se tenuti all'oscuro. Se si inietta della porfirina ad un topo e lo si espone alla luce, si sviluppa un grave quadro morboso, con edemi ed arrossamenti, la così detta morte da luce.

In una dermatosi, l'hydroa aestivalis, si osserva quasi costantemente della porfirina nell'urina. Tale malattia è caratterizzata dalla comparsa (nelle parti del corpo esposte alla luce) di vescicole lievemente ombelicate al centro, con necrosi profonda, che guariscono con una cicatrice simile a quella del vaiuolo.

Poichè il sulfonal è capace di determinare porfirinuria, l'A. ha fatto ingerire tale medicamento a dei conigli, esponendone poi le orecchie alla luce di una lampada di quarzo ed ha ottenuto, nelle parti esposte, la formazione di lesioni del tutto simili all'hydroa aestivalis dell'uomo. Egli ha inoltre trovato che, mentre il fegato è capace di degradare l'ematoporfirina in sostanza colorante biliare, quello degli animali intossicati col sulfonal non possiede più tale proprietà. Ne conclude, pertanto, che la lesione primaria nell'hydroa aestivalis è una malattia del fegato per cui questo ha perduto la proprietà di trasformare la porfirina in bilirubina, sicchè la prima rimane in circolo ed agendo da fotosensibilizzatore, provoca la formazione dell'hydroa. Tali vedute sono state confermate da altri che, con la terapia epatica, hanno potuto avere dei successi nell'hydroa.

Anche lo xeroderma pigmentosum appartiene alle dermatosi da luce. La sorprendente somiglianza di tale malattia con la dermatite da raggi Röntgen fa ritenere a Gougerot che, nella luce solare, vi siano dei raggi simili a quelli Röntgen, che però agirebbero soltanto sulle cuti predisposte. Dalle ricerche di vari autori, risulta che i malati di xeroderma pigmentosum non sono affatto sensibili ai raggi ultravioletti, ma lo sono a quelli Röntgen. Nello xeroderma pigmentosum, però, non si conosce il sensibilizzatore fotodinamico.

L'uso medicamentoso della tripaflavina e di sostanze del gruppo dell'acridina che si fa nella terapia della gonococcia, provoca delle forme infiammatorie e conseguente pigmentazione delle parti del corpo scoperte.

Un'affezione caratteristica, descritta dapprima da E. Freund è la dermatite da acqua di Colonia. Essa si osserva in estate e si manifesta con una pigmentazione a forma di gocce nettamente delimitate di colore caffè-latte, che decorre generalmente senza disturbi. Essa va riferita all'azione di un olio etereo contenuto dell'acqua di Colonia, specialmente all'olio di bergamotto. (È stata detta anche dermatite a ciondolo — *bréloque* — perchè la presenza di un ciondolo al collo delle donne impedendo l'azione della luce dà l'immagine del ciondolo (cute normale) su quella della circostante cute pigmentata. *N. d. R.*). Alcuni autori la ritengono una dermatite da sensibilizzazione. L'A. ha dimostrato che essa, negli individui adatti, si manifesta anche se nebulizza sulla cute del cloralio idrato che non è nè una sostanza fluorescente, nè un fotosensibilizzatore. La causa della malattia va quindi riferita non già all'azione fotodinamica dell'olio etereo, ma alla proprietà comune con il cloralio idrato di agire rischiarando la cute, in modo da eliminare l'azione fotoprotettiva dello strato corneo, sicchè i raggi penetrano in profondità e determinano la pigmentazione.

Al gruppo delle malattie da sensibilizzazione alimentare appartiene il fagopirismo — causato dal grano saraceno —; la sostanza tossica è costituita dal rosso iperico, sostanza colorante fluorescente clorofillica. A questo gruppo appartiene anche l'ustilaginismo di Mayerhofer osservato in bambini per alimentazione con granoturco guasto da ustilago. Anche nella pellagra avrebbe una certa importanza una sostanza colorante alimentare fotodinamica e così pure nella melanosi di Riehl e nel pellagroide di Oppenheim.

Fra le malattie da sensibilità alla luce, sono le efelidi. Sull'origine di esse, conosciamo soltanto che esse si manifestano in una certa dipendenza dalla luce solare, ma null'altro, sicchè non è possibile istituire una terapia eziologica.

Nella così detta cute da marinaio (gruppo D dello schema), si ha un quadro polimorfo, costituito da pigmentazione, depigmentazione, arrossamento, atrofia cicatriziale a macchie, teleangectasie, cheratosi a carattere verrucoide ed epiteliomi. Spesso la « cute da contadino » è combinata con la cutis rhomboides nuchae di Jadassohn. Questa consiste in un'affezione che si osserva in uomini di età avanzata, con formazione di solchi profondi, a decorso diagonale ed intersecantisi, localizzati alla nuca ed alle parti laterali del collo. Si ha nella vecchiaia ed in individui che si espongono molto al sole. Il colore della pelle è di un giallo particolare. Si accompagna a degenerazione colloide alla pelle della nuca e del volto.

Note sono anche le lesioni determinate dai raggi Röntgen, in forma di pigmentazioni, depigmentazioni, teleangectasie, cheratomi ed epiteliomi.

La terapia delle lesioni cutanee da luce consiste essenzialmente nella protezione dalla luce. Come antifotocatalizzatore, è stata raccoman-

data la resorcina a dosi giornaliere di cg. 25, come pure le applicazioni locali di resorcina. Altri rimedi sono il bisolfato di chinina, l'esculina (si trovano in unguenti preparati in commercio sotto nomi di specialità) e le iniezioni endovenose di tiosolfato di sodio. È stata anche raccomandata la desensibilizzazione mediante una cauta e graduale esposizione alle radiazioni ultraviolette. *fil.*

Sguardo d'insieme sulle piodermiti; topici locali e vaccinoterapia.

(J. Sabrazès. *Gaz. Hebd. des Sciences Méd. de Bordeaux*, 7 maggio 1933).

L'A. riassume una interessante conferenza del prof. Sabouraud su quest'argomento.

Sabouraud scarta dal campo delle piodermiti gli accessi sottocutanei che possono aversi nel corso di setticemie e così anche l'acne suppurativa da microbacillo seborroico. Le piodermiti propriamente dette trovano la loro causa in due microbi: *stafilococchi* e *streptococchi*.

Qualunque sia la specie di stafilococco, la lesione elementare che esso provoca è sempre la stessa: esso si attacca infatti all'orificio dei follicoli piliferi, dando luogo a follicoliti. Lo streptococco invece attacca esclusivamente l'epidermide superficiale che esso scolla dagli strati profondi e la lesione, estendendosi, passa sempre al disopra dei follicoli piliferi senza mai discendervi.

L'*orzaiuolo* è il prototipo della lesione stafilococcica: il microbo pullula nell'ostio follicolare, a livello del quale esso traversa lo strato corneo dell'epidermide. L'afflusso dei polinucleari provoca la formazione di un piccolo accesso peripilare, d'una pustola che ha la forma di una lente biconvessa, limitata in alto dallo strato corneo antico, in basso da uno strato corneo di nuova e rapida formazione. Al disotto dello strato corneo superficiale si trova un largo spazio chiaro: è del siero in seno al quale nuotano gli stafilococchi. Al disotto di questo spazio chiaro si trova uno strato di nuclei di leucociti morti. La sierosità sottostante è dovuta alla citolisi leucocitaria: al disotto ancora la pustola contiene dei leucociti normali. Questa pustola può sorpassare gli strati profondi dell'epidermide, impiantarsi sul derma e determinarvi un punto di sfacelo.

Inoltre, essendo la lesione stafilococcica situata attorno all'orificio follicolare, essa avrà una tendenza naturale ad invadere, lungo il pelo, il follicolo in tutta la sua profondità: un nuovo ascesso si formerà all'altezza del bulbo pilifero, processo che si verifica generalmente nella sicosi e che porta a morte definitivamente il pelo. Ma è generalmente a metà altezza del pelo che gli stafilococchi determinano il focolaio di suppurazione; è l'ascesso a bottone di camicia, generalmente benigno ma che può diventare il punto di partenza di un vero flemmone. Ma, in altri casi, lo stafilococco si fissa nel follicolo, vi pullula e ne determina la necrosi: si ha così il foruncolo e il punto di necrosi diventerà il *cencio*.

Il foruncolo, che è profondo, proviene sempre da una pustoletta perifollicolare orifiziale primitiva, la quale è d'ordinario tanto minima che passa inosservata.

Come si presenta invece la lesione elementare dovuta allo streptococco?

Questo, sotto lo strato corneo dell'epidermide provoca, per afflusso sieroso, una bolla molle e chiara. La parete di questa fragile bolla è costituita da un solo strato di cellule cornee. Ma il siero di questa bolla si riempie subito di leucociti e ciò perchè delle infezioni secondarie si sono già prodotte, dovute agli stafilococchi che, anche normalmente, si trovano negli orifici follicolari vicini. Solo alla palma della mano e alla pianta dei piedi le bolle da streptococco rimangono chiare, venendo a mancare l'infezione stafilococcica secondaria. Ed infatti in tali regioni le lesioni da streptococco contengono soltanto questo germe mentre al viso le piccole bolle dell'*impetigo*, pur essendo di origine streptococcica, contengono stafilococchi e leucociti.

E ciò perchè quasi tutte le lesioni streptococciche sono sovrainfettate da stafilococchi, mentre che in una lesione stafilococcica primitiva lo streptococco non si sovrappone quasi mai. Ne deriva che quando in una lesione si riscontra lo streptococco, bisogna pensare a questo come agente della lesione primitiva, anche se gli stafilococchi sono presenti ed in quantità esuberante. Il fatto si è che lo stafilococco vive in tutti gli ambienti e vi pullula facilmente, mentre lo streptococco ha necessità di terreni speciali.

Riassumendo, le piodermiti, o meglio pioepidermiti, dato che la lesione raramente sorpassa la epidermide, trovano la loro origine negli streptococchi e stafilococchi. Le lesioni che le costituiscono sono o streptococciche primitive, caratterizzate da suffusioni abbondanti che suppurano secondariamente, o suppurative d'emblée, cioè stafilococciche primitive ed allora avranno la lesione elementare sempre visibile cioè la pustola follicolare orifiziale.

Ciò per quanto riguarda le pioepidermiti acute. Come si presentano le croniche? La capacità di diffusione dello stafilococco è considerevole. É difficile trovare, intorno alla lesione primitiva, un follicolo pilifero che non contenga dei germi. Lo streptococco, meno vivace, si rifugia nelle pieghe, provoca gli *intertrigo* retroauricolari, inguino-crurali ecc. Esistono sì degli *intertrigo* micotici ma non sono frequenti. E così anche per quelle forme di impetigine recidivante che sono così fre-

quenti a riscontrarsi nella pratica, e per gli eczemi impetiginosi del cuoio capelluto, del seno, le cui ultime forme sono desquamative.

Le *sicosi* sono il vero tipo delle piodermiti e sono quasi sempre causate dallo stafilococco aureo. La lesione, che colpisce quasi esclusivamente le regioni a peli duri, è spesso ribelle: sarà forse per una suscettibilità individuale o non piuttosto perchè attorno al medesimo orificio pilare, nel momento in cui una pustola tende ad eliminarsi altre si formano?

Soggetti predisposti, diceva l'antica medicina; sensibilizzati dice l'odierna: ma la causa di questa predisposizione o sensibilizzazione è oscura quanto prima.

Lo stato generale ha la sua importanza e non piccola: la sicosi della nuca e della regione occipitale si osserva soltanto in soggetti ipernutriti. Per farla sparire basta unire un buon regime dietetico al trattamento locale con zolfo. Sono malati che guariscono da soli quando abbiano perduto da tre a cinque chili di peso. Al contrario le sicosi generalizzate della barba, delle sopracciglia, del cuoio capelluto, del pube si riscontrano soltanto negli iponutriti, negli organismi defedati dalle privazioni, dalla malaria, dalla sifilide.

Accanto a questi casi tipici altri ve ne sono in cui si ha una sensibilizzazione al microbo, come avviene nelle tricofizie suppurate.

Le nuove teorie, dice Sabouraud, non hanno rivoluzionato il trattamento delle piodermiti. La vaccinoterapia, sia generale che locale, è in questi casi inattiva. Le risorse del nostro vecchio arsenale terapeutico, saranno messe in opera.

L'acqua di Alibour, con i suoi solfati nella proporzione di 1 a 200, sarà usata in lozioni, bagni locali, impacchi umidi, ogni volta che le lesioni saranno umide. Il suo uso, combinato con quello dei bagni generali, dà dei risultati impareggiabili. I bagni servono ad eliminare i germi.

L'acqua di Alibour, che ha azione elettiva contro le dermiti streptococciche, netta le croste e impedisce l'essudazione sierosa che le produce.

Ottenuto questo primo risultato, restano delle lesioni suppurative tipicamente stafilococciche, e contro di queste due sono i medicamenti eccellenti: prima l'alcool iodato all'1% col quale si pennellano accuratamente le lesioni per mezzo di un tampone di ovatta imbevuto abbondantemente. Quando l'applicazione è fatta è sufficiente una pomata solforata 1/30 per arrestare l'essudazione: nei casi in cui questa preesistesse sostituire la pomata allo zolfo con una pomata al catrame minerale. Con tali medicamenti è possibile, dice Sabouraud, guarire tutti i casi di piodermite; una sola eccezione: le sicosi delle regioni a peli duri, nel trattamento delle quali può rendersi necessaria la depilazione con la pinza o con i raggi X.

G. LA CAVA.

La radioterapia locale del prurito ano-genitale.

(ALBÉRIC MARIN. *La Presse Médicale*, n. 35, 1933).

La regione perineale è frequentemente sede di un prurito così intenso e così ostinato da rendere la vita dei pazienti un vero martirio: alcuni sono stati spinti al suicidio.

Le cause di questa affezione sono quanto mai svariate. *Cause generali*: insufficienza epatica o renale, diabete, artritismo, costipazione cronica, disfunzioni endocrine, per non citare che le più comuni; e *cause locali*: ragadi, fistole, rettiti, infezioni micosiche, parassiti intestinali, leucorrea ecc. Più spesso di quello che non si ammette l'etiologia rimane oscura.

I vari accorgimenti terapeutici anche se riescono a ricondurre lo stato generale alla norma o ad eliminare la causa irritativa locale, falliscono contro il prurito. Sono quindi stati preconizzati vari trattamenti diretti della regione pruriginosa: elettricità statica, efflusso ad alta frequenza, irradiazione ultravioletta, ma con scarsi risultati. Azione incostante hanno la puntura lombare e le iniezioni epidurali. Le iniezioni sottocutanee di alcool danno buon miglioramento, ma producono necrosi cutanee multiple; a volte anche necrosi del retto.

L'A. è fautore della radioterapia. Ha trattato in questa maniera 73 casi ottenendo sempre ottimi risultati. La guarigione definitiva, con una sola serie di irradiazione, è stata ottenuta in più della metà dei casi; altri hanno richiesto un trattamento più lungo. Dodici pazienti infine, i più ribelli, vengono irradiati annualmente con lunghi intervalli di benessere fra un periodo e l'altro di cura

L'A. irradia generalmente il perineo posteriore in posizione genu-pettorale e il perineo anteriore in posizione ginecologica. Impiega radiazioni modicamente penetranti, non filtrate, a sedute settimanali; la dose è 1/4 D. E. (dose eritema) per campo o per settimana; dopo le prime quattro o cinque irradiazioni conviene ridurre la dose a 1/8 D. E. e distanziare le sedute di due-tre settimane. Anche le lesioni concomitanti (eczematizzazione, piodermiti ecc.) cedono prontamente ai raggi X.

Con questo metodo « frazionato » l'A. ha ottenuto buoni risultati e ha potuto evitare la temuta radiodermite. Tale timore è ingiustificato, insiste l'A., seguendo una tecnica corretta, e non deve fare abbandonare un'arma così efficace come la radioterapia.

L. FERRETTI.

La radioterapia negli angiomi cutanei.

(S. LABORDE. *La Presse Médicale*, 18 gennaio 1933).

La radioterapia, assai efficace nel trattamento dell'angioma tuberoso, ha per contro sull'angioma un'azione poco apprezzabile.

Gli angiomi tuberosi alla nascita sono in genere appena più grandi d'un punto vascolare, ma sviluppandosi nei mesi successivi, possono diventare persino delle vere mostruosità.

Ed è durante il periodo evolutivo che la loro radiosensibilità è maggiore. Trattati allora, cioè nei primissimi mesi dalla nascita, la loro evoluzione può essere arrestata da una sola applicazione di radio-irradiazioni. Le ultime applicazioni potranno perciò essere rinviate ai mesi ed anche agli anni successivi: 3 o 4 serie di deboli dosi di irradiazioni basteranno spessissimo alla guarigione.

Nel fanciullo grandicello, invece, e nell'adulto, gli angiomi già fissati nella loro evoluzione, sono più difficili da guarire e necessitano di dosi irradianti più intense.

Anche i raggi X possono essere efficaci, ma la loro applicazione nel lattante è piuttosto difficile, e può tutt'al più venire utilizzata negli angiomi molto circoscritti e poco spessi, i quali richiedono soltanto dosi piccole di raggi.

Il processo di guarigione dell'angioma, consiste nell'atrofia lenta dei capillari dilatati, perciò, sia coi raggi X che coi raggi radio, sono da evitare le dosi elevate e le applicazioni troppo frequenti, che per la loro azione distruttiva potrebbero provocare cicatrici spiacevoli.

Nell'impiego del radio bisogna ricorrere a irradiazioni poco filtrate. I raggi duri richiedendo irradiazioni prolungate possono riuscire pericolose nei bambini piccoli (emorragie cerebrali, atrofia delle cartilagini epifisarie).

Per la cura degli angiomi voluminosi, e di quelli a sede mucosa, l'A. ricorre a preferenza all'introduzione nel tumore stesso, di piccoli aghi di radio (1-2 mgr. Ra.).

Contrariamente all'angioma tuberoso, l'evoluzione dell'angioma piano è terminata alla nascita. Non è qui dunque necessario un trattamento precoce. Contro l'angioma piano del resto, nè i raggi X, nè il radio. danno risultati soddisfacenti.

Più raccomandabili sono invece la crioterapia e sopratutto l'attinoterapia per mezzo della lampada di Kromayer, la cui applicazione non è dolorosa e non lascia cicatrice.

Concludendo, il *radio* negli angiomi tuberosi, se applicato con una tecnica minuziosa e durante il periodo evolutivo dà i migliori risultati estetici, mentre esso è quasi inefficace sugli angiomi piani. R. Garbini.

INFLUENZA.

Sull'etiologia dell'influenza.

(H. Selter. *Münch. med. Woch.*, 7 aprile 1933, n. 14).

L'etiologia dell'influenza, che sembrava sicuramente stabilita o per lo meno da tutti era accettata dopo che Pfeiffer nel 1891 ebbe dimostrato il bacillo che da lui prende il nome, subì i primi attacchi già prima dell'ultima grande guerra da parte di numerosi osservatori e prima e sopratutto da Kruse, il quale in seguito a reperti negativi di esso in casi d'influenza e positivi in stati morbosi diversi ne negò l'importanza etiologica prima attribuitagli nell'influenza, determinata secondo lui da germi tuttora sconosciuti, a cui esso poteva accompagnarsi. La grande pandemia influenzale del 1918-19, non ostante studî numerosi e ben condotti in tutti i paesi in casi recenti ed antichi ed anche in cadaveri, non portò i contributi che si speravano alla conoscenza etiologica della malattia, essa però contribuì a demolire ancora l'importanza etiologica del bacillo di Pfeiffer.

L'A. in base a ricerche pratiche nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Bonn sull'epidemia influenzale di quest'anno, affronta di nuovo la quistione. Con studî sistematici condotti su secreto faringeo, espettorato, secreto congiuntivale, su polmoni e milza di individui morti per broncopolmonite influenzale, nei quali il prelevamento del materiale per la ricerca fu eseguito al più presto possibile ed esaminato sia a mezzo di culture sia con iniezioni in ratti, giunge alla conclusione che molto raramente il bacillo di Pfeiffer vi è stato dimostrato, onde si ritiene autorizzato a concludere, che esso non può considerarsi l'agente patogeno dell'influenza. L'opinione di Pfeiffer che il bacillo da lui scoperto sia presente in modo quasi ubiquitario non solo in molte malattie, ma anche in soggetti sani, come dimostrano anche le ricerche recenti di Klieneberg, che ne ha constatato la presenza nel 75% di scolari sani e nel 42% di adulti sani costituisce, più che una conferma, una seria obiezione contro l'importanza etiologica di esso nell'insorgenza pandemica della malattia. Nè più serio contributo può portare alla soluzione del problema l'opinione che ammette una diminuzione della resistenza individuale in determinate circostanze in concomitanza con una esaltata virulenza del germe. D'altra parte non può attribuirsi valore probativo alla constatazione fatta da molti autori sulla presenza di agglutinine e di precipitine specifiche nel siero di ammalati e di convalescenti d'influenza, in quanto ciò sta solo a dimostrare la presenza del germe nell'organismo esaminato, ma non può caratterizzarne l'importanza etiologica in relazione alla forma morbosa. Infatti in molte malattie da virus filtrabile si ebbero identici reperti per streptococchi ed altri germi determinanti complicazioni e che possono provocare la formazione di anticorpi per essi specifici, senza che da ciò possa dedursi per la loro importanza etiologica per la malattia. Per le stesse ragioni non possono essere prese in seria considerazione tutti gli altri germi descritti, pneumococchi, streptococchi, ecc. il cui valore etiologico viene infirmato dalle molteplici varietà isolate.

Infine male si concilia con la quotidiana osservazione clinica ed anatomo-patologica del-

l'influenza pura, senza complicanze, la concezione etiologica multipla, alla quale dovrebbe pertanto corrispondere una sindrome clinica e reperti anatomo-patologici parimenti multiformi.

In conclusione, nell'etiologia dell'influenza, resta come ipotesi, che ha più fondamento, quella di un virus filtrabile, tuttora sconosciuto e la cui dimostrazione è ancora affidata ad ulteriori, più esaurienti ricerche. Allo stato attuale, e sempre in linea ipotetica, può ammettersi che, come clinicamente abbiamo una forma d'influenza pura, che evolve in pochi giorni e giunge a guarigione ed una forma, in cui, dopo remissione di essa, insorgono gravi complicanze pulmonari e broncopulmonari, così dal lato etiologico possiamo ammettere una forma, in cui è in causa il solo virus filtrabile (forma pura), ed un'altra in cui esso, per azione tossiaggressinica secondo Belfanti, prepara il terreno all'azione patogena di altri germi (bacillo di Pfeiffer, pneumococchi, streptococchi, ecc.) che determinerebbero poi i più gravi quadri morbosi. R. D'ALESSANDRO.

Sull'epidemia influenzale nel 1933.

(A. RÖSLER. *Münch. Med. Woch.*, 7 aprile 1933).

L'A., che è a capo del reparto medicina dell'Ospedale civile di Graz, ha avuto occasione di studiare in tutte le sue caratteristiche, la forte epidemia di influenza, che, nell'inverno appena trascorso, ha infierito in tutta la Germania e principalmente a Graz e dintorni.

L'infeziosità era talmente grande che intere famiglie dovevano mettersi a letto: medici ed infermieri non furono risparmiati, malgrado le accurate precauzioni profilattiche. Più colpiti furono gli individui in *surmenage* e in cattive condizioni di nutrizione: proprio in questi si manifestavano più precocemente e più gravemente le complicazioni, specialmente quelle broncopolmonari.

Il *carattere* dell'epidemia era da principio sicuramente benigno, fatto che portava il paziente a trascurare la malattia, provocando così molte recidive con gravi complicazioni; ma in seguito tale carattere di benignità andò lentamente cambiando, aumentarono i casi gravi d'*emblée*, si fecero sempre più frequenti le polmoniti ed aumentarono i casi di morte.

L'*incubazione* si mostrò brevissima, di 1 o 2 giorni; la malattia poteva iniziarsi anche senza segni prodromici, ma con un malessere acuto, a colpo di folgore, con elevazioni di temperatura di 38°-40° C. Spesso brividi iniziali ed epistassi. Malessere generale, artralgie, cefalea, erano la regola.

La *febbre* era generalmente di breve durata: saliva rapidamente a 40°, ma al giorno seguente era a 38° e al terzo giorno si aveva temperatura sub- o afebbrile. Le temperature sub-febbrili potevano però persistere per vari giorni: gli ammalati si alzavano e si avevano le recidive, con complicazioni polmonari spesso mortali. Donde il criterio: non fare alzare troppo presto questi malati.

Sintomatologia. Il malato d'influenza mostrava generalmente vivo rossore della faccia, lieve rossore della faringe. Frequente una tosse secca con sensazione di bruciore al petto. Ascoltatoriamente, al 2° o 3° giorno qualche rumore bronchitico. Si aveva generalmente bradicardia che però si trasformava in tachicardia con l'intervenire di una qualche complicazione. Rari i casi con congiuntivite, angina lacunare evidente: più frequente l'herpes labiale e l'epistassi.

Molto frequenti le tracheiti, con tosse secca, raramente con escreato muco sanguigno: sono mancate completamente le gravi tracheiti emorragiche che si erano notate nell'epidemia del '18 e che partavano spesso a morte con severe emottisi. Forme meningo encefaliche furono notate soltanto 3 volte in circa 300 casi. Anche le cavità nasali e dell'orecchio furono raramente colpite. Le forme cosidette di influenza a tipo gastrico furono rare. La milza ed il fegato non mostrarono mai aumento di volume. Il quadro sanguigno dimostrò sempre leucopenia con linfocitosi relativa.

Le complicazioni più pericolose erano quelle polmonari: l'A. le ha osservate nel 20 % dei suoi casi. Tali complicazioni si presentavano, per così dire, come una seconda tappa della malattia, quando questa aveva in parte già fatto il suo decorso, oppure inizialmente, formando la caratteristica principale della malattia.

Questi malati si riconoscevano sin dall'inizio per l'arrossamento cianotico del viso, per la dispnea relativamente intensa con epistassi, per la forte tachicardia e per il grave senso di malessere e adinamia. Questo stato generale permetteva di riconoscere il polmonitico quando ancora il focolaio polmonare non dava all'esame fisico alcun segno di sè.

Ma il reperto obiettivo diventava in poche ore positivo e l'interessamento polmonare si manifestava con ottusità massiva e soffio bronchiale. I focolai d'infiammazione polmonare migravano spesso da un angolo all'altro dei polmoni e ciò per la durata anche di due settimane. Veramente impressionanti erano poi le polmoniti a decorso fulmineo, che in uno o due giorni, ed anche meno, portavano a morte in intensa cianosi, polso frequentissimo e respirazione stertorosa. La debolezza di circolo in tali casi era di così alto grado, che non risentiva in alcun modo dei comuni cardiocinetici, anche i più attivi.

In queste polmoniti influenzali, più è avanzata l'età più è alta la mortalità: questa, che è del 18 % fino ai 40 anni sale al 66 % agli 80 anni.

Per la cura dell'influenza senza complicazioni, l'A. ha usato sia l'aspirina che il chinino: nelle complicazioni polmonari poi i farmaci espettoranti e nei casi di debolezza cardiaca, la digitale. Profilatticamente consigliava il muriato di chinino. G. La Cava.

DIVAGAZIONI

L'applicazione dei fanghi sulla mammella nel campo ginecologico.

(Sdrawomjsloff. *Zent. für Gyn.*, 25 marzo 1933).

Stretti rapporti intercorrono fra la ghiandola mammaria e gli organi sessuali femminili.

È cosa risaputa come durante il periodo della funzionalità di tale ghiandola in un gran numero di donne si arresta la mestruazione, come anche in seguito a somministrazione di mammelle si viene spesso a regolare sia la mestruazione come le menorragie.

A prescindere dall'influenza ostacolatrice sull'ovaio la mammella agisce direttamente sulla mucosa dell'utero producendo atrofia e sulla muscolatura elevandone il tono. La muscolatura dell'utero sta anche in relazione per mezzo di vie nervose con la mammella.

In base ai primi tentativi fatti nel 1908 da Chochloff per diminuire il sangue nelle poli-ipermenorree con applicazioni di fango sulle mammelle, l'A. ha voluto ultimamente sperimentare questa terapia nella sua pratica ginecologica, curando donne sofferenti di metrorragie e di mestruazioni della durata superiore a sei giorni.

Ha trattato così 67 pazienti, dai 21 ai 43 anni: 40 di queste ammalate avevano anche risentimento ad ambo gli annessi, 10 a quello di sinistra, 4 a quello di destra; 8 avevano endometriti senza fenomeni annessiali, 4 utero fibromatoso, 1 utero infantile. Di detto materiale 10 donne erano sterili, 31 secondariamente sterili da 5 anni, 18 primipare.

Il metodo, il seguente: l'intera ghiandola mammaria veniva coperta con uno strato spesso 5-6 cm. di fango di consistenza dura alla temperatura di 48-52° per la durata di 12-15 minuti. Per lo più si copriva di fango anche il bacino e le coscie fino al ginocchio.

Fu trattata così anche una delle pazienti con poliartrite diffusa e utero fibromatoso, grosso come all'8ª settimana di gravidanza e alla fine della cura si potè rilevare scomparsa dei disturbi articolari, utero notevolmente rimpicciolito e mestruazioni regolari.

A un'altra ammalata che aveva utero grosso come alla 10ª settimana di gravidanza e un processo infiammatorio dei parametri e degli annessi, furono fatti, per agire sul processo infiammatorio e per impedire l'ingrandimento del fibroma, cataplasmi di fango alle mammelle e applicazioni al basso ventre, e allora si potè constatare come le mestruazioni, diversi anni prima dell'inizio della cura della durata di 10 giorni, scendere a 4 giorni durante la cura e dopo il rilascio variare da 3 a 8 giorni. L'utero non aumentò di volume nè durante la cura nè per altri sei mesi dopo e certamente la donna avrebbe tratto miglior vantaggio, continuando la cura. Anche gli altri due casi di fibroma migliorarono.

Il fango era applicato ad ambedue le mammelle, solo nelle cardiache a destra. Il numero delle applicazioni da 6 a 24. Gli effetti meravigliosi. Già la prima mestruazione dopo la cura diviene regolare.

L'A. come risultati ulteriori ricavò, giusta le relazioni mensili delle pazienti, che la durata delle mestruazioni da 8 giorni si ridusse a 4 e nel corso di un intero anno si regolarizzò completamente.

Solo due donne ebbero poi emorragie e ciò in seguito a un bagno ma anche in queste le mestruazioni ritornarono normali.

Anche sui dolori l'applicazione del fango alle mammelle dà buoni effetti poichè 25 donne, delle 67, sofferenti di tali disturbi solo in 6 i dolori non scomparvero.

L'A. conclude ritenendo ottimo rimedio le applicazioni di fango sulla mammella alle sofferenti di profuse mestruazioni, come anche dette applicazioni sono indicate in casi di fibromiomi e fibromi dell'utero. Zaccaro.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

W. Kopaczewski. *Traité de Biocolloidologie.* Tre voll. in-8° di rispettive pag. 786, 517 e 592, con fig. 303, 67 e 150. Gauthier-Villars & C.ie, Paris, 1930-1933.

Questa opera (che verrà completata con altri due volumi in corso di stampa sulle applicazioni speciali alla biologia ed alla medicina) costituisce il primo tentativo sistematico di riunire i fatti ben dimostrati e le applicazioni biologiche delle nostre conoscenze sullo stato colloidale della materia. Vi sono riunite tutte le nozioni in materia, ma il trattato che l'A. ci presenta è ben lungi dall'essere di pura compilazione; dai fatti spesso contradditori o sovrapponentisi, l'A. si sforza di creare una corrente di ricerche, di fondare una nuova disciplina e di fornire al lettore l'idea integrante le varie acquisizioni in materia.

Il primo volume tratta della pratica dei colloidi: proprietà meccaniche, misura delle concentrazioni molecolari ed joniche, misure capillari ed elettriche, misure ottiche e dati numerici.

Nel secondo sono trattati i biocolloidi (origine, preparazione, purificazione, proprietà), considerando a parte i geocolloidi, i fitocolloidi, i zoocolloidi.

Il terzo si occupa dei fenomeni colloidali

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

(fenomeni di contatto, elettrocapillari, condizioni di equilibrio dei colloidi). Da ultimo, sono esposti i caratteri generali dello stato colloidale e le varie teorie su di esso, mettendo fra l'altro in giusta luce le ricerche ed i concetti originali di Francesco Selmi « il vero fondatore della colloidologia, una delle glorie dell'Italia immortale ».

È con vero compiacimento che rileviamo come il Kopaczewski abbia sostenuto, di fronte a critici contrari, la priorità delle ricerche del Selmi in questo campo, intendendo in tal modo di « riparare un'ingiustizia » e citando a tale proposito il noto detto « il tempo è l'unico grande galantuomo ».

Le teorie della vita sono ora fondate sulla biocololloidologia a cui si connettono numerosi metodi di ricerca alcuni dei quali sono già entrati nella pratica, altri (interferometria, nefelometria, osmosi, ecc.) lo saranno probabilmente in avvenire. È una scienza in cammino, di cui si possono prevedere grandi sviluppi e che deve essere bene conosciuta da biologi e medici che vogliono tenersi al corrente dell'odierno spirito scientifico. Il trattato del Kopaczewski costituisce un'ottima base di studio e, per i numerosi e precisi dati numerici, è anche un prezioso repertorio per chi si occupa di tali ricerche. *fil.*

J. B. S. Haldane e Kurt G. Stern. *Allgemeine Chemie der Enzyme.* Ed. Theodor Steinkopff. Dresden, 1932.

Questo libro costituisce non già una traduzione amplificata e aggiornata dell'edizione inglese, ma un vero e proprio rifacimento dell'opera dell'Haldane, anzi meglio un nuovo trattato nel quale vengono sinteticamente esposti, alla luce delle moderne ricerche i capitoli principali dell'Enzimologia. Gli AA. hanno voluto dare ampio sviluppo alla trattazione della fisico-chimica in rapporto agli enzimi; ricordiamo qui i capitoli sull'influenza che esercita la concentrazione degli idrogenioni sulla velocità di reazione. Altri capitoli interessanti sono specialmente i seguenti: il paragone fra l'isoterma di adsorpzione di Langmuire con l'equazione di Michälis; l'azione dei raggi beta e gamma e dei raggi X, la specificità delle carboidrasi, lipasi e proteasi, le sintesi degli esteri asimmetriche, le sulfatasi, gli effetti degli ormoni, i cosidetti enzimi cristallizzati e sopratutto la teoria delle catene radicali dell'azione degli enzimi. Merita poi speciale menzione uno sguardo riassuntivo sulle costanti di Michälis. Completano l'opera 14 tabelle, 3 figure e infine una completa letteratura aggiornata in parte sino all'aprile 1932. Il libro che è preceduto da una bella prefazione di Michälis, il famoso fisiologo di New York, rappresenta quindi un'opera che non deve mancare dalla biblioteca dei moderni cultori di biologia e di medicina.

U. Mingazzini.

M. Labbé, N. Labbé e F. Nepveux. *Techniques de laboratoire appliquées aux maladies de la digestion et de la nutrition.* Un vol. in-8°, di 886 pag., con 135 fig. e 6 tav. colorate. Masson et C.ie, Paris, 1932. Prezzo fr. 140.

H. Labbé, ben noto per i suoi lavori sulla nutrizione e specialmente sul diabete, unitamente ad H. Labbé e F. Nepveux, ci fornisce qui un trattato magistrale che è utile, sia per il pratico, che vi troverà le nozioni indispensabili sulle funzioni della nutrizione e della digestione, sia per chi si occupa di ricerche di laboratorio che vi trova i metodi più recenti per le analisi del sangue e delle escrezioni, nonchè per stabilire i bilanci e le misure del metabolismo. Per ogni caso clinico, sono indicate le ricerche che si debbono fare, i metodi relativi ed il significato che se ne può dedurre. In una prima parte, sono studiate le grandi sindromi patologiche della digestione e della nutrizione (obesità, gotta, diabete, sindromi gastriche, intestinali, pancreatiche, epatiche, ecc.) con i disturbi fisiologici che le caratterizzano, il modo di metterli in evidena mediante le analisi del sangue, delle urine, delle feci, e l'interpetrazione dei risultati del laboratorio per la diagnosi e la prognosi.

Nella seconda parte, sono considerati gli elementi costitutivi dell'organismo, i minerali (carbonio, cloro, ecc.) e gli organici (protidi, lipidi, glucidi), con uno studio d'insieme sul loro metabolismo nel corpo umano.

Ampiamente, poi, sono esposte le tecniche di esame su tutti gli umori, escrezioni e secrezioni, descrivendo in modo completo i metodi di analisi del sangue, delle urine, delle feci e la loro applicazione alla clinica. *fil.*

A. Stoll. *Ein Gang durch biochemische Forschungsarbeiten.* Un vol. in-8° di 41 pag., con 5 tav. J. Springer, Berlin, 1933. Prezzo: RM. 3.

In questa conferenza tenuta dall'A. all'Associazione dei naturalisti svizzeri, sono considerati l'importanza e gli incessanti progressi della biochimica. L'A. espone, fra l'altro, le ricerche sugli alcaloidi della scilla, della digitale, della segale cornuta; fra questi ultimi, l'ergotamina (il nome è stato dato dallo stesso A.) che ancora a diluizioni di 1 a 2.000.000 è attiva sulla muscolatura liscia dell'utero.

Più ampiamente, si occupa dell'interessante problema della clorofilla (egli è stato un pioniere in questo argomento), connesso con quello della fotosintesi, della trasformazione della luce assorbita dalle foglie in energia chimica. Della clorofilla investiga anche la complessa formula chimica, al centro della quale troviamo l'atomo di magnesio.

Il faticoso e lento lavoro della biochimica ci avvicina ad una più intima conoscenza dei processi vitali. *fil.*

R. Goiffon. *Étude clinique de l'équilibre acide-base par l'analyse d'urine.* Un vol. in-16°, di 102 pag. Masson & C.ie, Paris, 1932. Prezzo 16 fr.

L'equilibrio acido-base dell'organismo e le sue variazioni (acidosi ed alcalosi) costituiscono un capitolo di biologia interessante dal punto di vista scientifico e pratico. Ma il medico rimane un po' titubante prima di iniziare uno studio di tal genere, temendo che esso non sia alla portata delle sue cognizioni generali.

L'A. dimostra che mediante un'adatta analisi di urina si può arrivare a conclusioni sullo stato dell'equilibrio acido-base, di cui viene qui data un'idea chiara, indicandone l'importanza patologica. Descrive accuratamente i metodi di analisi abbastanza semplici ed insiste su numerosi esempi di interpetrazione dei dati di analisi e sulle conseguenze pratiche che ne derivano. *fil.*

Fr. Thiébaut. *Epreuves biologiques dans les ictères.* Un vol. in-8° di 192 pag., con 17 fig. Masson & C.ie, Paris, 1932.

Il pregevole lavoro dell'A., presentato da una bella prefazione di N. Fiessinger ha come scopo la ricerca della corrispondenza clinica ed anatomica dei disturbi che si trovano negli itteri. L'A. analizza quindi successivamente i disturbi della secrezione esterna del fegato (funzioni biliare e cromagoga) e quelli della secrezione interna (metabolismo idrocarbonato, idrico ed azotato). Questi capitoli si iniziano con dei ricordi di fisiologia e proseguono con l'esposizione delle tecniche usate e dei risultati ottenuti, terminando con uno studio critico in cui i disturbi funzionali sono considerati tenendo conto dell'evoluzione clinica e delle lesioni anatomiche. L'A. si occupa poi brevemente dell'insufficienza epatica specialmente negli itteri e della patogenesi di questi ultimi.

Da ultimo, una serie di osservazioni cliniche, biologiche ed anatomiche. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Congresso di Medicina Legale Generale e delle Assicurazioni.

(Roma 1-4 giugno 1933)

Ottimamente organizzato dal prof. S. Ottolenghi, il Congresso è stato inaugurato alla presenza di un gran numero di notabilità. Fra i numerosi discorsi della seduta inaugurale, menzioniamo quelli di:

S. E. Rocco, che rileva l'importanza di questo Congresso derivante anzitutto dall'essere il primo che si tiene dopo l'entrata in vigore dei nuovi codici penali i quali hanno dato alla medicina legale un posto che mai fino ad ora aveva avuto nella scienza e nella pratica, sostituendo la valutazione soggettiva del reato come persona a quella obbiettiva del reato come entità giuridica e prendendo in grande considerazione la personalità del delinquente nella valutazione della responsabilità individuale. Inoltre questo Congresso è il primo a cui s'innesta la medicina legale applicata alla materia delle assicurazioni, in cui ha tanta parte la collaborazione del medico, la quale deve essere pronta, obbiettiva, serena ed onesta.

Prof. S. Ottolenghi. — Il Congresso è orientato a due grandi avvenimenti, la recente attuazione del nuovo Codice Penale e la promulgazione della Carta del Lavoro, avvenimenti che hanno accentuata ed estesa l'antica e grande funzione di Medicina di Stato nella disciplina medico-legale, essenzialmente italiana.

La Carta del Lavoro è venuta a dare all'arte sanitaria tutta una nuova funzione, a sentire la quale è indispensabile una mentalità medico-sociale. Per questo e per il fatto che il medico esercente è sempre interessato in questioni medico-legali, il Congresso è stato organizzato anche in unione al Sindacato medico.

L'O. lumeggia poi l'indirizzo antropo-psicologico nello studio del delinquente e sulla formazione della Cartella biografica sia del pregiudicato che dell'operaio, nonchè sul Casellario centrale infortuni.

On. E. Morelli. — Porta l'adesione del Sindacato medico nazionale, rilevando che è al medico che bisogna rivolgersi per una sana ed efficace prevenzione del delitto, in quanto che è proprio il medico che penetra nella intimità delle famiglie, ha modo di sorprendere le tendenze criminali nella loro prima manifestazione. Attraverso tale efficace prevenzione della criminalità, il medico viene a contribuire validamente a quell'elevazione morale degli individui e delle masse a cui tende il Regime fascista.

Diamo un brevissimo cenno delle Relazioni.

I. Gruppo sanguigni.

L. Lattes. — *I gruppi sanguigni in medicina legale ed in rapporto ai caratteri razziali e familiari.* — L'importanza criminalogica della ricerca è ora aumentata perchè le sostanze gruppo-specifiche si possono identificare anche in tracce non sanguigne (sperma, urina, specialmente saliva ed in genere secrezioni ed escrezioni). Notevolmente progredita è la conoscenza delle proprietà

gruppo-specifiche, specialmente per la questione dei sottogruppi. È stata stabilita l'esistenza e la trasmissibilità ereditaria di nuove sostanze gruppo-specifiche indipendenti dai classici gruppi sanguigni, sicchè, nella ricerca della paternità si triplica la probabilità di esclusione di falsi padri.

F. NICOLETTI. — *Correlazioni fra gruppi sanguigni e caratteri morfologici* (colore dei capelli, degli occhi, forma della testa, della faccia, ecc.). — Quando vi è trasmissione ereditaria di molti di tali caratteri (spiccata rassomiglianza) si ha quasi sempre anche la trasmissione del gruppo sanguigno.

D. VIOLA. — *Gruppi sanguigni e caratteri morfologici.* — Accanto alla costituzione morfologica neuro-ormonale e psichica, esiste anche una costituzione sierologica; lo studio della sierogenesi è, quindi, un elemento essenziale alla sintesi biologica individuale.

II. Medicina assicurativa.

C. GIANNINI. — *Il rischio assicurativo nella legislazione sociale.* — Illustra l'evoluzione del concetto del rischio nelle assicurazioni sociali e la posizione della Medicina delle Assicurazioni nel complesso delle discipline mediche.

Il rischio non è più un semplice rapporto giuridico inquadrabile in un rapporto individuale tra danno e riparazione, ma ipotesi potenziale di un pregiudizio alla produttività, che minaccia nel singolo la compagine sociale, e che esige tutta un'organizzazione preventiva e riparatrice, la quale supera situazioni particolari, e prescinde da ristrette obiettivazioni, per spingersi a modificare le cause medesime del rischio, quand'anche impongano vaste e profonde modificazioni ambientali. È in una simile direttiva, squisitamente sociale, che le assicurazioni, lungi da indirizzi tesaurizzatori, mobilitano imponenti mezzi finanziari in opere di risanamento, ed imprendono attività assistenziali che superano la sfera demografica degli assicurati, e trascurano la constatazione del vincolo assicurativo.

A. CAZZANIGA. — *Problemi di medicina assicurativa attinenti alle infezioni.* — Si sofferma particolarmente sui giudizi di accertamento delle infezioni, giudizi di assicurabilità, di riferimento causale, sulla professionalità del rischio ed infine sui giudizi valutativi del danno. Propone la trasformazione dell'attuale Casellario centrale infortuni per l'accertamento retrospettivo di quelle malattie che, come quasi tutte le infezioni, lasciano tracce assai meno evidenti che le lesioni traumatiche.

I. ROMANELLI. — *La medicina legale nell'Assicurazione Vita.* — Illustra particolarmente la delicatezza e la complessità dei compiti affidati al medico fiduciario di una Compagnia di assicurazioni, fissando il concetto basale del contratto di assicurazione-vita, che deve intendersi come un contratto in buona fede, per cui le questioni medico-legali che possono sorgere hanno un aspetto speciale e caratteristico.

III. Polizia scientifica ed Antropologia criminale.

G. FALCO. — *Medicina legale e polizia scientifica.* — Illustra i vari Istituti di Medicina legale presentando inoltre un quadro completo dello sviluppo che, alla polizia scientifica viene dato nell'insegnamento della medicina legale nei vari Atenei italiani.

B. DI TULLIO. — *Le applicazioni della legislazione penale fascista in rapporto alla personalità del delinquente.* — Fa rilevare la tendenza legislativa moderna alla individualizzazione giudiziaria ed amministrativa della pena. Bisogna dunque che il giudice abbia conoscenza adeguata della moderna antropologia e psicologia criminale, di quella scienza, cioè, che abbraccia e riunisce tutte le nozioni necessarie allo studio biologico integrale del delinquente, per l'applicazione dei nuovi criteri della moderna giustizia penale.

Nell'ultima seduta, il prof. S. OTTOLENGHI ha trattato il *problema della causalità nella legislazione penale e nella legge infortuni*, tracciando i compiti che spettano alla medicina legale nell'applicazione delle disposizioni legislative riguardanti i rapporti di causalità. Rileva la fondatezza antropo-sociologica sociale dell'abolizione della concausa e traccia le direttive che il perito medicolegale deve seguire per la soluzione pratica dei quesiti connessi col problema della concausa. Insiste sulla differenziazione fra causa ed occasione e termina indicando i confini in cui deve svolgersi l'opera del perito, che deve limitarsi all'esposizione obbiettiva di tutti i dati dimostranti il rapporto di causalità. *fil.*

Società Lombarda di Chirurgia.

Seduta del 7 giugno 1933.

Presidenza: Prof. M. DONATI.

Discussione sul processo verbale: DEFRISE, DONATI.

La posizione della "splenocleisi,, nella così detta chirurgia delle malattie del sangue.

B. SCHIASSI.— L'O. presenta un operato di « splenocleisi » a cura di un'anemia metasplenomegalica in soggetto di 16 anni ipovoluto e con una circolazione di compenso Bürow-Schiff molto sviluppata. La splenocleisi fu praticata sulla base dei criteri personali già ripetutamente esposti dall'O. e fu seguita dall'applicazione di 5 irradiazioni Röntgen su la milza estromessa. L'O. insiste sui vantaggi della splenocleisi che permette di ottenere, come in questo caso, buoni risultati senza i pericoli della splenectomia e neppure della semplice legatura dell'arteria splenica, che è spesso causa di morte. Il principio su cui si basa l'intervento è quello di rinchiudere in tutto o in parte la milza in una capsula muscolo-fibrosa per ridurre il suo volume e facilitarne l'irradiazione.

Discussione: FERRATA, GREPPI, MONCALVI, DONATI, CASTIGLIONI.

Autoplastiche dello stomaco: indicazioni cliniche e risultati operativi.

A. PASCALE. — Nell'ulcera gastrica propriamente detta l'O. dopo aver enumerato gli inconvenienti e pericoli di lasciare l'ulcera a sè e di praticare la semplice gastro-enterostomia, afferma di preferire l'apertura diretta dello stomaco nella sede dell'ulcera. Ciò permette l'osservazione e lo studio diretto della lesione e dei suoi rapporti; permette inoltre di escidere non solo l'ulcera, ma anche quel tratto di mucosa cronicamente infiammato che la circonda e che può essere causa di recidive.

L'ampiezza maggiore o minore dell'apertura non deve preoccupare di fronte al vantaggio dell'operazione a cielo scoperto e di fronte all'esatto

combaciamento della mucosa gastrica, che garantisce la perfetta riuscita dell'autoplastica. Infatti ricerche ed esperienze personali gli hanno dimostrato la grande adattabilità della parete gastrica in corrispondenza dell'antro e del cul di sacco.

Dopo aver ricordato i casi già pubblicati, l'O. riferisce su altri tre casi operati recentemente con questa tecnica e presenta i radiogrammi e le fotografie.

Discussione: DONATI. *Il Segretario.*

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 17 marzo 1933.

Presidente: Prof. MARIO TRUFFI.

Contributo allo studio del riflesso oculo-vasomotore.

Dottori A. GEREMIA e G. CHIORAZZO. — Gli OO. hanno in 120 soggetti indagato il comportamento dei valori pressori estremi durante la compressione dei bulbi oculari; in 65 pazienti hanno altresì studiato mediante il metodo oscillografico il comportamento della pressione media dinamica e dell'indice oscillometrico. Dall'insieme delle loro ricerche risulta che i valori pressori e l'ampiezza oscillatoria massima si modificano durante la compressione oculare. Essi interpretano queste modificazioni come dovute essenzialmente a effetti vasomotori d'ordine riflesso (riflesso oculo-vasomotore, R. V.).

Gli OO. passano quindi a stabilire l'entità delle variazioni manometriche contrassegnanti il riflesso oculo-vasomotore normale; e attraverso l'esame del comportamento del riflesso in alcune particolari condizioni morbose (stati tossiemici, ipertensione, infezione tubercolare) giungono a segnalare il campo di applicazioni cliniche del fenomeno da essi studiato.

Fenomeni di interferenza nel nistagmo postrotatorio.

Dott. K. ARSLAN (in collaborazione con il prof. M. H. FISCHER). — Per mezzo della sedia rotatoria ad eccelerazione angolare minima e costante, costruita da Fischer-Tönnies, fu studiato il comportamento del nistagmo postrotatorio, susseguente a un'accelerazione angolare negativa di costante valore fisico e ripetuta a determinati intervalli di tempo. Del nistagmo furono presi in esame i seguenti valori quantitativi e qualitativi: 1) durata esatta; 2) numero delle scosse; 3) presenza della 2ª-3ª fase, ecc.

Si trovò che dopo 10 rotazioni, susseguenti all'intervallo di 7' l'una dall'altra, con accelerazione angolare positiva subliminale (1° in 1'' circa) e accelerazione negativa costante (280° in 1/5 sec.), il nistagmo oscilla aperiodicamente con valori maggiori o minori di quello iniziale dovuto alla prima rotazione (valore normale). In altre parole, il nistagmo presentò in queste esperienze, ripetute 12 volte su due soggetti sani e normali, un decorso fasico notevolmente caratteristico, con tendenza, dopo le ultime rotazioni, a diminuire globalmente d'intensità.

In una seconda serie di esperienze, fu indagato il nistagmo postrotatorio in seguito all'applicazione di diverse accelerazioni angolari a valore massimo e di segno contrario, applicate in brevissimo tempo. Fu trovato che il nistagmo variava grandemente a seconda della più o meno ravvicinata concorrenza degli stimoli rappresentanti dalle varie accelerazioni impresse al soggetto. Fu ottenuto un nistagmo di direzione *inversa*, quando di tre stimoli applicati successivamente, i primi due di segno eguale si sommavano e risultavano più energici del terzo stimolo di segno contrario.

L'interpretazione dei risultati di queste ricerche si fonda su variazioni del « tono » dei nuclei vestibolari eccitati e sulla possibilità che le varie eccitazioni interferiscano centralmente.

Su alcune modificazioni di semeiotica vestibolare.

Dott. K. ARSLAN. — Prendendo lo spunto da recenti acquisizioni nel campo della fisiologia dell'apparato vestibolare, si rende necessaria una revisione per ciò che concerne la tecnica di indagine vestibolare. Fino ad ora la rotazione venne ovunque applicata non tenendo conto dei valori fisici dell'accelerazione angolare impressa al soggetto: il metodo di Bàràny, comunemente usato, ravvicina troppo l'accelerazione positiva a quella negativa, nè pone alcuna regola sul tempo in cui quella positiva ha da essere istituita. Ora, è noto come tutte le reazioni postrotatorie, della psicosensoriale (vertigine) alla nistagmica, presentino un decorso fasico (Buys, M. H. Fischer) che dura a lungo: un'occhiata al diagramma schematico del decorso fasico di queste reazioni basta a convincere come col metodo di Bàràny l'accelerazione negativa, quella che cioè scatena il nistagmo oggetto di indagine, venga proprio a cadere mentre è in sviluppo fasico il nistagmo dovuto all'accelerazione positiva. Dalle esperienze di Fischer ed Arslan è noto come tali interferenze di stimoli alterino i valori quantitativi del nistagmo: è quindi logico ammettere che nella rotazione alla Bàràny eseguita a scopi clinici, i valori ottenuti non siano sempre esatti.

Si propone un nuovo metodo di rotazione, più consono alle leggi che regolano lo stimolo dell'apparato vestibolare.

Egualmente si mettono in rilievo gli errori di valutazione cui può portare l'applicazione dello stimolo termico con la tecnica di Kobrak, Bàràny ecc. Per ragioni fisiologiche e perchè l'onda termica si svolga secondo quei valori fisici studiati da Schmaltz, si raccomanda invece il metodo di Veits.

Dott. G. MURATORI. — *Contributo istologico allo studio dei riflessi dell'aorta e della carotide.*

Dott. E. RUBALTELLI. — *Contributo istologico alla conoscenza dei nervi laringei.*

Il Segretario.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 1° giugno 1933.

Presidente: Prof. PIO BASTAI.

Patogenesi della febbre tifoide.

Prof. C. BIFULCO e Dott. A. CIMMINO. — Con la tecnica indicata da Bifulco negli esperimenti eseguiti su la patogenesi del colera asiatico, gli OO. hanno esaminato quale importanza ha il fegato sulla patogenesi della f. tifoide. Gli esperimenti eseguiti con iniezioni di alcuni milligrammi di patina culturale di 24 ore da b. tifico nelle vene che fanno capo alla porta hanno dimostrato che, contrariamente a quanto si è finora ritenuto, nei conigli normali è possibile riprodurre i vari tipi di lesioni anatomiche che si verificano nell'uomo. Le lesioni intestinali riscontrate nella maggior parte dei conigli iniettiti attraverso il sistema portale

sono identiche a quelle che si verificano nell'uomo. Le iniezioni di dosi maggiori di b. tifico nella vena marginale dell'orecchio invece non determinano, come è già noto, che la setticemia tifica. I controlli eseguiti con vari microbi iniettati nel sistema portale (b. coli, stafilococchi, streptococchi, b. dissenterico) non ha messo in evidenza nulla che possa somigliare alle lesioni determinate col b. tifico. Scaturisce dal complesso degli esperimenti che la glandola epatica ha valore sommo anche nella patogenesi della febbre tifoide nella stessa guisa che in rapporto alla genesi del colera asiatico.

Su 296 epiteliomi della cute e mucose

Dott. G. MANGANOTTI. — L'O. riferisce alcuni rilievi statistici sulla frequenza, la sede ed il tipo dell'epiteliomi della cute e delle mucose, tratti da 296 casi in precedenza studiati istologicamente. Espone poi delle osservazioni di ordine clinico e patogenetico sul materiale esaminato. La comunicazione, corredata di grafici è pubblicata in extenso negli Atti dell'Accademia, e serve di integrazione alle precedenti ricerche dell'O. in blastomi cutanei.

Tecnica della resezione gastrica.

Prof. G. CAVINA. — Con la proiezione di numerose figure, l'O. illustra nei suoi dettagli il proprio metodo di resezione gastrica, basato fondamentalmente sul processo di anastomosi tipica del Finsterer. In oltre cento resezioni praticate nello Spedale di S. Giovanni di Dio, in parte per cancro, in parte per ulcera gastroduodenale, l'O. ha ottenuto con il metodo illustrato risultati assai favorevoli sia immediati, sia tardivi.

I Segretari: L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 10 maggio 1933.

Sul trattamento aperto negli interventi addominali.

Prof. BUONSANTI. — L'O. sulla documentazione dell'ampio materiale della Clinica Chirurgica di Bari, passa in rassegna la funzione del drenaggio negli interventi addominali eseguiti sia a scopo curativo (peritoniti localizzate e diffuse) sia a scopo preventivo. La non dimostrata eccezionalità di difesa del peritoneo contro le infezioni lo portano alla convinzione che nei processi suppurativi il drenaggio costituisce una misura ausiliaria sempre utile, mentre con mezzo preventivo esso si rende superfluo in quasi tutti gli interventi viscerali addominali, tranne che in quelli sulle vie biliari extraepatiche in cui l'aumentata pressione biliare può sovente vincere la resistenza di lacci o di suture provocando la temibile colorragia e conseguente peritonite biliare.

Sulla immunità antineoplastica: innesti di tumori eterologhi in embrioni di pollo; la capacità di accrescimento dei tumori eterologhi in animali adulti mediante l'innesto in sacchetti di collodio.

Prof. BISCEGLIE. — L'O. innestando nell'allantoide di embrioni di pollo carcinoma di topo è riuscito ad ottenere attecchimento nella neoplasia. Quest'ultima era caratterizzata da tipiche cellule carcinomatose, le quali spesso si presentavano in mitosi alcune delle quali atipiche. La crescita del tumore eterologo però si protrae sin verso il 16°-18° giorno di vita embrionale dopo che si stabilisce uno stato di refrattarietà che rapidamente conduce alla regressione e scomparsa della neoplasia.

Tale stato di refrattarietà istologicamente si manifesta con una reazione la quale sebbene poliforma è dominata da una vivace ed estesa infiltrazione di cellule linfocitarie. L'O. discute l'importanza dei linfociti nella difesa antitumorale e conclude in base alle osservazioni compiute su innesti di tessuti normali eterologhi, che tale reazione non è specifica per i tumori, ma si osserva ogni volta che nell'organismo penetrino cellule eterologhe siano esse blastomatose o normali.

Innestando in sacchetti di collodio frammenti di carcinoma del topo ed impiantando tali sacchetti nella cavità peritoneale di cavie l'O. ha osservato che in tali condizioni le cellule carcinomatose sono capaci di proliferare. Attorno alle pareti del sacchetto si ha una vivace reazione isto-ematogena caratterizzata anche qui da una spiccata prevalenza dei linfociti. L'O. avendo osservato una simile reazione anche quando innestava nei sacchetti di collodio tessuti normali eterologhi conclude, a conferma di quanto precedentemente ha osservato, che la reazione linfocitaria non è espressione di difesa antitumorale ma sebbene di difesa antitissurale.

Discussione: CECCARELLI.

Il raschiamento della vescica (con presentazione dell'ammalata).

Prof. G. NISIO. — L'O. fa notare come il raschiamento, che è intervento comune sia a scopo diagnostico che terapeutico, in alcune forme patologiche dell'utero, laringe, faringe, rino-faringe, non è compreso fra i metodi di cura e tampoco di diagnosi nelle malattie della vescica. Eppure vi sono peculiari malattie vescicali, per fortuna poche e rare, le quali riconoscono un solo mezzo di cura, le quali possono guarire e guariscono mercè il solo « raschiamento ».

L'O. a dimostrazione della tesi, presenta un caso clinico: una donna affetta da *cistite incrostata*. La malata, che ha peregrinato per circa due anni sempre più aggravandosi, nonostante le cure topiche solite, è ora perfettamente guarita dopo un raschiamento della vescica eseguita per *via naturale*.

L'O. descrive la tecnica del raschiamento a *cielo coperto*, e riferisce sui suoi pregi e sui suoi difetti di fronte al raschiamento a *cielo scoperto*, cioè per mezzo della epicistotomia.

Discussione: GAIFAMI, CETRONI, TRAVAGLINI, CECCARELLI, GIANNELLI.

Il Segretario: Prof. D. GARGASOLE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Il rapporto fra infezioni degli organi pelvici e malattie dell'occhio.

Ci sono dei disturbi oculari che si possono mettere in relazione con infezioni degli organi pelvici. Possono essere riflessi (dolore agli occhi, ambliopia transitoria, cecità isterica, modificazioni della refrazione), o sistemici (che accompagnano la menorragia, la menosepsi, la menostasi, la menoplania), o per infezioni metastatiche da cerviciti, endometriti, salpingiti o ascessi pelvici.

La comparsa di infezioni oculari da infezioni focali pelviche fu studiata nella clinica Mayo da Rosenow e collaboratori.

L'inoculazione in animali dei germi coltivati da focolai infettivi umani ha dimostrato una localizzazione elettiva negli organi e tessuti dai quali fu fatto il prelevamento. Nel 29 % dei casi Benedict e collaboratori ottennero localizzazione oculare con germi prelevati da malati con focolai infettivi e con lesioni oculari contro 7 % nei casi di controllo.

Benedict, che già nel 1924 aveva richiamato l'attenzione sul rapporto fra sclerite ed episclerite attorno al margine della cornea e nella sclera al disopra del corpo ciliare ed elettività di germi, riferisce (*The Wisconsin Medic. Journ.*, febbraio 1933) su 11 casi di cervicite da streptococco viridans con lesioni oculari. In alcuni casi un autovaccino dà miglioramento nei riguardi della lesione oculare; ma questa guarisce solo coll'amputazione del collo, o colla cauterizzazione del canale cervicale o coll'isterectomia. R. LUSENA.

Emottisi ed ematemesi nel campo dell'otorinolaringologia.

In tempi nei quali le conoscenze mediche erano più limitate, tutte le emorragie delle vie respiratorie o digerenti erano considerate come dipendenti da lesioni polmonari o gastriche.

Oggi invece si sa che molteplici sono le cause di emottisi all'infuori delle lesioni del parenchima polmonare.

Vi è una debolezza particolare delle pareti capillari, qualificata per sindrome di Osler che può essere causa di emorragie dal naso, faringe, base della lingua, capaci di simulare vere e proprie emottisi ed ematemesi.

Oltre alle lesioni traumatiche, altre ve ne sono nella laringe ed esofago capaci di dar luogo ad imponenti emorragie.

Rare sono le varici laringee; più frequenti quelle dell'esofago, da distinguersi in secondarie (dovute a lesioni portali o delle mesenteriche, o a compressione della v. cava superiore) e primitive (delle quali sfugge la causa determinante).

C. Borri (*Il Valsalva* - giugno 1933) riferisce intorno a due casi di emoftoe dovute a varici laringee. Le malate presentavano anche ectasie venose negli arti inferiori. Le galvanocauterizzazioni agirono assai favorevolmente e fecero scomparire i fatti emottoici.

L'A. illustra pure tre malati affetti da false ematemesi causate da flebectasie esofagee. Il primo era un luetico, il terzo un obeso artritico, il secondo nulla aveva nell'anamnesi. Nessuno dei tre presentava lesioni epatiche o nei territori delle radici della porta, nè lesioni mediastiniche, sì che l'A. definisce congenite le varici esofagee di questi tre malati.

Per quello che riguarda i mezzi diagnostici, il più importante è la esofagoscopia, che permette una precisa visione della lesione anatomica. Talora però, con emorragia in atto è pericolosa l'introduzione dell'esofagoscopio: ci si gioverà in tali casi di un buon radiogramma previa ingestione di latte di bario.

Le emorragie in seguito a rottura di varici esofagee solo raramente sono causa di morte: in genere lo specialista può col suo strumentario avere facilmente ragione di esse ed impedire che ripetendosi mettano in pericolo i pazienti. VICENTINI.

TERAPIA.

Le sospensioni oleose di sali d'oro nella cura della tubercolosi polmonare.

In una rivista sull'argomento, P. Pruvost (*L'Année méd. pratique*, 1933) riconosce che il metodo presenta essenzialmente due vantaggi.

1) Aumenta la tolleranza dell'organismo per i sali d'oro, in ragione della lentezza con cui il medicamento viene assorbito dall'organismo stesso, dove arriva dopo avere oltrepassato le due barriere del muscolo e del sangue. E vi arriva anche con successivi spezzettamenti, sicchè fra il momento dell'iniezione e la sua entrata in circolo passano 4-8 giorni. Manca quindi lo « shock » brutale e l'assuefazione si fa progressivamente.

2) Prolunga l'azione del medicamento per ragioni analoghe, sicchè l'organismo rimane a lungo sotto l'influenza del prodotto.

Il rimedio è costituito da una semplice miscela di un sale d'oro in olio di mandorle dolci. Si possono usare i vari prodotti: sanocrisina, crisalbina, ma specialmente il solganal B. Secondo i consigli di Dumarest, si fa una soluzione di un grammo per 10 cmc. di olio, sicchè ogni cmc. contiene 10 cg. di sali d'oro. Se ne preparano delle fiale da 1, 2, 3, 4 cmc. e si fanno 2-3 iniezioni endomuscolari ogni settimana, incominciando da 3 fiale da 20 cg., poi 3 da 30 e poi da 40, con un totale di 6-12 grammi solganal per tutta la serie.

Il metodo sembra indicato nei malati fragili, con grande suscettibilità reazionale ed in

quelli con intolleranza idiosincrasica alla crisoterapia acquea.

Mollard avrebbe oservato che molti che avevano resistito alla crisoterapia acquea, risentirono vantaggi da quella oleosa, in cui si avrebbero più spesso delle modificazioni radiografiche.

Sembra che la maggiore efficacia si abbia per le lesioni del tipo essudativo e nelle lesioni nodulari ed ulcerose. L'indicazione ottima sarebbe l'attacco infiammatorio recente o la caverna giovane o la lesione nodulare iniziale.

Nel 60 % dei casi trattati, Dumarest ha trovato la perfetta tollerabilità; soltanto dei lievi incidenti nel 40 %. *fil.*

Il trattamento della tubercolosi polmonare nel bambino.

Di grande importanza è la terapia preventiva (separazione del lattante dalla madre tubercolosa, preventori, vaccinazione con BCG).

Il trattamento igienico si può riassumere in due regole fondamentali: riposo ed aria libera. Si terranno a letto i bambini febbricitanti deperiti, mentre si prescriverà un riposo parziale a quelli apiretici e con lesioni relativamente poco estese. La cura d'aria si potrà fare nella stessa casa, lasciando le finestre aperte giorno e notte; meglio però mandare i bambini in campagna (mare od alta montagna secondo il caso) in regioni a clima mite ed al riparo dai venti e dall'umidità.

Molto regolata deve essere l'alimentazione che deve permettere il mantenimento, la riparazione e l'accrescimento del peso. E' quindi necessario un certo grado di sovralimentazione, senza tuttavia esagerare (disturbi gastro-intestinali).

Dei medicamenti non si deve abusare. Vantaggi si ottengono con i raggi ultravioletti, l'elio- e l'attinoterapia, nonchè con l'uso di composti d'oro.

La collassoterapia trova anche nei bambini la sua indicazione, specialmente nelle lobiti estese, nelle forme nodulari unilaterali dell'apice, nelle forme emottoiche e soprattutto nelle caverne. Dumarest e Brette consigliano l'insufflazione di ossigeno (100 cmc. nel lattante, 200-300 nel bambino più grandicello).

Bisogna tener presente che, specialmente nel bambino, si hanno spesso le così dette forme curabili che evolvono spontaneamente a guarigione.

(*Clin. ed igiene infantile*, genn. 1933).

fil.

FORMULARIO.

Suppositori calmanti.

(Nella colica epatica, nella metrodinia)

Estratto di belladonna
Estratto tebaico *ana cg. uno*
Burro di cacao *g.* 2

Per un suppositorio, 1-2 nelle 24 ore.

NOTE DI TECNICA.

La disinfezione delle mani.

La disinfezione rapida delle mani è di grande importanza per la chirurgia d'urgenza e per la piccola chirurgia in genere. A. Winkelbauer (*Wiener klin. Wochens.* 21 aprile 1933) ha trovato molto efficace il tricloretilene, che viene ora usato nell'industria per l'estrazione dei grassi. Una lavatura delle mani per qualche secondo è sufficiente per sgrassarle e liberarle dalla massima parte dei germi. Le colture fatte in agar ed in brodo, da strusciamenti delle punte delle dita e del cavo della mano dopo tale lavatura ed anche da 1/2 ora a 3 ore dopo di aver tenute le mani lavate col tricloretilene in guanti sterili hanno dato luogo allo sviluppo di scarsissimi germi.

Il metodo è stato usato anche nella pratica in circa 200 casi di piccole operazioni e di chirurgia d'urgenza senza calzare i guanti di gomma; i risultati sono stati eccellenti.

(E' da rilevarsi che il tricloretilene agisce da energico digrassante della cute il che, per alcuni individui dalla pelle delicata e poco grassa, potrebbe portare a dermatiti. (*Nota del Red.*). *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Campioni internazionali delle vitamine.

La difficoltà di avere un'unità di misura dell'attività delle vitamine ha indotto l'organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni a riunire diversi esperti per esaminare la possibilità di adottare dei campioni standardizzati per alcune vitamine e di definirne le unità.

Tale conferenza si è tenuta sotto gli auspici della Commissione permanente di standardizzazione biologica ed ha votato una serie di raccomandazioni, proponendo di adottare un campione, di cui l'unità viene espressa secondo un peso determinato di esso. L'Istituto nazionale per le ricerche mediche ad Hampstead funziona da laboratorio centrale, conserva e distribuisce i preparati-campione. Questi sono:

1) Per la vitamina A, il carotene; l'unità (1 y) corrisponde a mg. 0,001 di carotene. I campioni di carotene sono purificati mediante cristallizzazioni successive fino a che il punto di fusione oltrepassi i 179° e poi chiusi in fiale private di aria e riempite di azoto.

2) Per la vitamina D, la soluzione standard di ergosterol irradiato; l'unità corrisponde ad 1 mg. di tale soluzione.

3) Per la vitamina B_1, una preparazione concentrata di vitamina anti neuritica B_1 assorbita sul caolino. L'unità corrisponde a 10 mg. del campione internazionale preparato al Laboratorio di Batavia (Giava).

4) Per la vitamina C, non si è adottato un campione stabile, raccomandando soltanto l'uso di succo di limone fresco; l'unità corri-

sponde alla attività antiscorbutica di cmc. 0,1 di succo di limone preparato secondo il metodo della Commissione.

I campioni e le unità delle vitamine A, C e D sono accettati per un periodo di 2 anni, il campione della B_1 per 5 anni. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla cura dell'« Hymenolepis nana ». — Al dott. A. Bettoni, Brescia:

Nessuna meraviglia che l'*Hymenolepis nana* presenti una straordinaria resistenza ai comuni antelmintici. Lo dimostra la sua eccezionale evoluzione. Gli embrioni esacanti infatti messi in libertà nel lume intestinale vanno a localizzarsi nello spessore delle villosità della parte superiore dell'intestino tenue. Quivi si sviluppa la forma larvale, un cisticercoide, che, rompendo poi il villo, cade di nuovo nel lume intestinale. Con lo scolice si fissa alla mucosa ed in quindici giorni circa ritorna adulto.

Questo modo di sviluppo spiega la possibilità di continue autoinfestazioni che conducono ad un intenso parassitismo. È quindi necessario ripetere la cura più volte per far espellere i parassiti prima che abbiano raggiunto lo stato adulto e fino a che permane in sede un solo strobila. G. ALESSANDRINI.

Trattamento dei tatuaggi. — All'abb. numero 10503-3:

Bisogna distinguere il *tatuaggio professionale* (minatori, carbonai, argentieri, mugnai etc.: antracosi, argirosi, siderosi dei lavoratori) da quello *accidentale* (polvere da sparo) e da quello *volontario* che si riscontra in certe popolazioni barbariche, nei delinquenti, nelle prostitute, nei soldati coloniali, marinai, pellegrini e simili.

La rimozione di queste discromie non è facile e si consigliano varii metodi: neve carbonica, che è forse il mezzo più pratico; il tannino in soluzione concentrata seguito da applicazioni di nitrato di argento in cannelli allo scopo di ottenere un'escara secca la quale, eliminandosi, trascini seco il tessuto tatuato. Altri propone le scavificazioni quadrettate seguite da causticazioni con fenolo puro (Darier).

V. MONTESANO.

All'abb. n. 4951, suggeriamo:

MENDES. *L'antigene metilico nella cura della tubercolosi polmonare.* « Policlinico », Sez. Pratica, 1930.

NÈGRE et BOQUET. *Antigenothérapie de la tuberculose par les extraits métyliques des bacilles de Koch.* Masson édit., Paris, 1927.

LOEPER-TANON etc. *Thérapeutique médicale* (IV: *Poumons e tuberculose,* Masson et édit., Paris, 1932.

L'antigene melitico di Boquet e Nègre si trova in commercio. G. M.

Al dott. M. C. da Sorano:

Ritengo che l'unico istituto europeo che possegga oggi il veleno di cobra sia l'Istituto Pasteur di Parigi. *fil.*

Al dott. D. Z. da P.:

Tanto la stovaina quanto la novocaina permettono di operare in Trendelenburg. È preribile quest'ultima. TF.

VARIA.

Suicidi strani.

L'atto del suicidio dimostra già di per sè un profondo sconvolgimento mentale per cui si arriva ad ottundere uno dei più forti istinti, quello della conservazione della vita. Non è da meravigliarsi, quindi, che il suicida, pure scegliendo generalmente il mezzo che egli ritiene più rapido e meno doloroso compia alle volte l'atto insano di togliersi la vita con mezzi lentamente dolorosi, che esigono un'inusitata forza di volontà e resistenza al dolore.

Tale è, per esempio, il caso citato da Dupuy e Pichard (*Ann. de méd. psychologique*, 1933, n. 2) di un incisore di 68 anni, affetto da uno stato depressivo ed ansioso che, dopo aver messo la testa fra le morse di un torchio, strinse gradatamente la vite fino a che sentì il cranio scricchiolare. Si riscontrò, di fatto, frattura del cranio con distacco dell'arcata orbitaria superiore e scoprimento della dura madre. Il caso è anche importante dal punto di vista medicolegale perchè, se non vi fossero stati testimoni del fatto, si sarebbe logicamente ritenuto trattarsi di omicidio.

Un'altra foggia strana di suicidio è quella di procurarsi una malattia. Ma forse unico nella storia è il caso di un veterinario che si iniettò nella vena cubitale un'emulsione di cultura di carbonchio. Poche ore dopo, la temperatura salì a 38° e poi, dopo brividi, a 40°. Nonostante copiosa iniezione di siero anticarbonchioso, il paziente peggiorò (ottundimento del sensorio, inquietudine, grande frequenza del polso, contrazioni cloniche) e venne a morte entro un paio di giorni dall'iniezione. L'esame batteriologico del sangue estratto dal cadavere dimostrò la presenza del tipico bacillo del carbonchio. Si trattava di un morfinomane.

Il caso, quale viene riferito da Huwe (*Mediz. Welt*, 27 maggio 1933) è anche interessante perchè costituisce forse l'unico esperimento di iniezione endovenosa di bacilli carbonchiosi nell'uomo. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La zooprofilassi.

Il largo impulso dato dal Governo Fascista alle opere di bonifica integrale, con quei risultati che ormai tutti conoscono ed ammirano, ha richiamato l'attenzione degli studiosi e dei tecnici sui vari mezzi usati nella lotta antimalarica e fra gli altri anche su quelli diretti contro le zanzare malarigene. Fra questi va assumendo notevole importanza quello che è stato chiamato il metodo della *zooprofilassi*, che si fonda sull'impiego degli animali stabulati per attirare le zanzare malarigene e deviarle dalle abitazioni dell'uomo.

Come in tanti altri problemi relativi alla malaria, anche nello studio della zooprofilassi, si sono segnalati i ricercatori italiani. È merito infatti del medico provinciale Bonservizi, diligente indagatore dell'epidemiologia della malaria nella provincia di Mantova, l'avere, per il primo (1903) dato importanza alle stalle nella difesa delle case di abitazione dalle zanzare, attribuendo ad esse la benefica influenza della cultura intensiva nel risanamento delle plaghe malariche. Nel 1905 il Bonservizi scriveva: « Sono gli animali domestici che richia-« mando col cattivo odore nelle stalle le zan-« zare e fornendo ad esse un alimento facile, « abbondante e comodo; risparmiano indiret-« tamente l'uomo dalle loro punture. Inoltre « nei rari casi nei quali l'Anopheles si infetta « di malaria, in genere riversa la sua carica su-« gli animali domestici, perchè sono essi le « vittime ordinarie, sono essi che gli danno abi-« tualmente l'alimento e solo in via eccezionale « ripunge l'uomo e gli inocula la malaria ».

Le osservazioni del Bonservizi rimasero però isolate ed anche quelle successive del Roubaud in Francia (1919-20), del Sella a Fiumicino (1919) e in Spagna (1921), del Wesemberg-Lund in Danimarca (1920-21) e di altri, non escirono dal campo degli studi teorici, nè valsero a far riconoscere l'importanza dovuta alla zooprofilassi come metodo pratico di lotta antimalarica.

Spetta ad un altro malariologo italiano, il Falleroni, il vanto di aver rimesso in onore le vedute del Bonservizi, contribuendo ad approfondirle e completarle con indagini sulla biologia degli anofeli e sulle loro abitudini di vita, in rapporto alla zooprofilassi; in modo da arrivare a dettare norme pratiche per l'applicazione del metodo ai fini della difesa antimalarica. Sopratutto le esperienze eseguite nell'Agro Romano hanno dimostrato che, quando vengono rispettate certe condizioni indispensabili, la stabulazione degli animali riesce indubbiamente a proteggere le abitazioni dalla invasione delle zanzare.

Senza entrare nella dibattuta questione delle cause per le quali si eserciterebbe l'attrazione delle zanzare per parte degli animali, basti ricordare, agli effetti della pratica applicazione del metodo zooprofilattico, quanto risulta dalle osservazioni sulla vita dell'insetto. L'anofele, si porta dalle raccolte idriche, ove si è sviluppata, nel ricovero più vicino che essa incontra, e che le offre le condizioni di ambiente più favorevoli per temperatura e per ventilazione, ed in tale ricovero si nutre indifferentemente sull'animale o sull'uomo. La vita dell'insetto si svolge perciò tra l'ambiente dove trova il suo nutrimento e le raccolte idriche, dove si reca per deporre le uova. Esso evita sopratutto le temperature elevate e le correnti aeree e preferisce entrare nei ricoveri per le aperture riparate dal vento.

Stabiliti questi punti fondamentali della biologia dell'*anopheles claviger*, che è il principale propagatore della malaria nel nostro paese, lo studio accurato delle sue abitudini di vita ha permesso al Falleroni di precisare quali siano le migliori condizioni che servono a rendere, per l'insetto, i ricoveri animali più attraenti che le abitazioni dell'uomo. Queste condizioni sono le seguenti:

la stabulazione deve durare tutto l'anno ed essere più rigorosa nel periodo di maggiore attività delle zanzare;

i ricoveri animali devono essere interposti tra il focolaio anofeligeno e l'abitazione dell'uomo; devono essere situati nei punti meno ventilati e avere porte e finestre non esposte ai venti dominanti al crepuscolo; l'ambiente interno dei ricoveri non deve essere soggetto a correnti d'aria specialmente verso il soffitto, nè a forti elevazioni di temperatura;

le abitazioni dell'uomo devono presentare condizioni opposte a quelle dei ricoveri; essere situate in località ventilate, avere le porte e le finestre dalla parte del vento dominante la sera nel periodo dall'aprile all'ottobre; gli ambienti, e specialmente le camere da letto, devono esser ben pulite, ben ventilate e non affollate;

se, come purtroppo accade frequentemente, l'abitazione e le stalle si trovano nello stesso fabbricato, non deve esservi alcuna comunicazione fra loro, e se l'abitazione è al primo piano, soprastante alle stalle, le finestre della camera da letto non devono corrispondere sopra le porte e le finestre delle stalle.

L'adempimento di queste condizioni è indispensabile per il buon esito della zooprofilassi e viceversa il non averne tenuto conto spiega come, in molte circostanze, la presenza del bestiame stabulato non abbia esercitato alcuna influenza sulla malaricità degli abitanti.

Due esempi tipici di zooprofilassi attuata razionalmente si sono avuti nell'Agro Romano a Ponte Maggiore e ad Ardea. Nella Stazione Sanitaria della Croce Rossa a Ponte Maggiore, località intensamente malarica, il fabbricato è

interposto fra due vicini canali anofeligeni; dopo la costruzione di sette porcili attorno all'edificio della stazione, nessuno degli abitanti soffrì di febbri malariche, e colle catture giornaliere si trovarono migliaia di anofeli nei porcili. Anche più dimostrativo è stato l'esempio di Ardea. La borgata, di circa 500 abitanti permanenti e 200 nomadi, sorge sopra un piccolo poggio circondato alla base da due corsi di acqua e da canali secondari d'irrigazione che ne derivano, tutti riccamente larvigeni. La malaricità della popolazione è sempre molto elevata, con prevalenza della terzana maligna.

Nel 1932 furono costruiti tutt'attorno all'abitato, e fra questo e le raccolte idriche, venti porcili, convenientemente ubicati ed orientati. L'azione deviante sulle anofele si manifestò subito evidente attraverso i dati delle catture nei porcili e nelle abitazioni. Le zanzare catturate nel 1931 erano state 4791 di cui 3356 nelle abitazioni e 1435 nei porcili; quelle catturate nel 1932 furono 24.276 di cui 2368 nelle abitazioni e 21, 908 nei porcili, ciò che significa che nel 1931 il 70 % delle anofele invasero le abitazioni, mentre nel 1932 in queste non ne penetrarono che il 9,7%. Su 139 anofele catturate nei porcili ed esaminate, risultò che 97 avevano succhiato sangue suino e nessuna sangue umano.

Anche l'andamento della malaria ha dimostrato l'efficacia della zooprofilassi. Dal maggio al dicembre 1931 si erano verificati in Ardea 87 casi di malaria, nello stesso periodo del 1932 i casi furono 38, cioè meno della metà. In tutto l'anno la malaricità, calcolata rispetto alla popolazione, fu nel 1930 del 46.7 %, nel 1931 del 32,26 % e nel 1932 solo dell'8,49 %. I casi di malaria primitiva, che erano stati 16 dal maggio al decembre 1931, si ridussero ad uno solo nello stesso periodo del 1932. L'indice splenico degli alunni dal 63,9 % nel 1931, si abbassò nel marzo 1933 al 29,72 %.

È da notare che nel rimanente territorio della condotta medica, esclusa la borgata di Ardea, i casi di malaria furono più numerosi nel 1932 che nel 1931. Anche il consumo di chinino, che non fu mai rilevante nella borgata di Ardea, per la contrarietà della popolazione alla profilassi chininica, da Kg. 15,872 di idroclorato di chinino impiegati in tutta la condotta nel 1931, discese a Kg. 12.790 nel 1932.

Il risultato ottenuto non può quindi attribuirsi nè a diminuzione spontanea dell'endemia, nè ad intensificazione della profilassi chininica, ma deve necessariamente imputarsi alla zooprofilassi. L'esperimento, condotto con rigore scientifico dal dott. Escalar del Governatorato di Roma, sulle indicazioni del Falleroni, non lascia dubbio su tale interpretazione del successo conseguito.

L'evidenza di quest'ultimo incoraggia dunque a ripetere ed allargare le applicazioni della zooprofilassi, le quali, attuate colla stabulazione dei suini, non richiedono grandi spese e possono anzi portare qualche vantaggio economico alle famiglie dei contadini. Si deve però esigere che esse vengano eseguite sotto la scrupolosa osservanza delle norme indicate in precedenza, per non correre il rischio di vederle fallire.

Gli ufficiali sanitari dei Comuni aventi zone malariche, senza ben inteso trascurare gli altri mezzi di lotta antimalarica, possono far tesoro di questi risultati e divulgare nelle campagne l'impiego di questo rinnovato metodo profilattico, curando però sempre (torniamo a ripeterlo con insistenza) che per l'ubicazione dei ricoveri animali, rispetto ai focolai anofeligeni ed alle case, per l'orientamento delle aperture di queste e dei ricoveri stessi, ed infine per la ventilazione e la temperatura degli ambienti, esista quell'insieme di condizioni alle quali sembra strettamente legato il successo della zooprofilassi.

A. FRANCHETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Consorzio Provinc. Antitubercolare.* — Scad. 31 agosto. Direttore del Consorzio e del Dispensario; L. 16.000 già depurate del 12 %, 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a. al 25 giu.; indenn. serv. att.; tassa L. 50; rivolgersi alla Segreteria, piazza Roma, Amministrazione Provinciale.

BASTIDA PAMARANA (*Pavia*). — Scad. 31 lug.; consorzio; L. 11.000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BISCEGLIE (*Bari*). — Scad. 31 lug.; medico direttore del Dispensario Celtico; L. 4000; ritenute di legge; nessun limite di età; tassa L. 50,10.

BORGO A MOZZANO (*Lucca*). — Scad. 15 ag.; lire 9000 oltre L. 2000 trasp., L. 840 c. v.

CALTANISSETTA. *R. Prefettura.* — Scad. 30 sett., ore 18; ufficiali sanitari di Campofranco e di Riesi; L. 5000 e L. 8000, oltre 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; età lim. 45 a.

CANICATTINI BAGNI (*Siracusa*). — Scad. 20 sett.; L. 9700; riduz. 12 %; 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CASIER (*Treviso*). — A tutto il 31 lug.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° mag.; stip. L. 9500, per uff. san. L. 500, c.-v., trasp. L. 1500-3500; riduz. 12 %; addizionale L. 5 oltre il 20 % della popolaz.

CASOLE D'ELSA (*Siena*). — Scad. 15 agosto; per Monteguidi; L. 8500 e 6 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 3500 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CASTEL CAMPAGNANO (*Benevento*). — Per titoli Stipendio annuo lordo L. 8000 aumentabili di un decimo ogni quattro anni di servizio effettivo prestato e per non più di 5 volte, nonchè annue lire 1740 per indennità cavalcatura. Stipendio e indennità sono soggetti alle trattenute di legge e alla riduzione del 12 %. La domanda con i prescritti do-

cumenti, l'elenco dei quali con le relative modalità ed altre notizie, possono desumersi dal bando di concorso 14 giugno da richiedersi alla Segreteria del Comune di Castel Campagnano, debbono pervenire a detta Segreteria non oltre le ore tredici del 12 settembre 1933.

CASTELLAMONTE (*Aosta*). — Scad. 16 ag.; 1ª cond.; L. 9000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 500 bicicl.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CAVRIAGO (*Reggio Em.*). — Scad. 31 lug.; lire 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 ind. categoria e L. 2000 trasp.

CERAMI. — Vedi ENNA.

CLANA (*Fiume*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 oltre L. 2000 serv. att., c.-v., detraz. 12 %; indenn. bicicletta L. 500; ambulat. L. 500.

ENNA. *R. Prefettura.* — Posto di Ufficiale Sanitario nel comune di Cerami. Stipendio lordo L. 6000 annue. Scadenza 15 agosto 1933. Limiti di età anni 45, salvo le esenzioni dai limiti previsti dalla legge.

FERENTILLO (*Terni*). — Scad. 40 gg. dal 23 giu.; L. 9000 oltre L. 600 serv att., L. 4000 per la cura dei poveri fuori centro, L. 350 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 23 giu.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale.* — Il Preside, con avviso del 30 giugno u. s., notifica che al bando di concorso del 29 marzo 1933-XI, con deliberazione 14 giugno 1933, resa esecutoria con visto Prefettizio del 26 giugno, sono state apportate le seguenti variazioni ed aggiunte: 1) prorogarsi sino alle ore dodici del 17 luglio 1933, il termine per la presentazione delle domande e dei documenti; 2) richiedersi ai concorrenti, il certificato della Segreteria Federale che attesti la loro iscrizione al Partito Nazionale Fascista a norma dell'art. 2 del Decreto 17 dicembre 1932 di S. E. il Capo del Governo. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

GAETA (*Roma*). — Scad. 15 ag.; 3° reparto; lire 8500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

LAURIA (*Potenza*). — Scad. 25 ag.; L. 8000; riduz. 12 %; 6 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

LODIVECCHIO (*Milano*). — Scad. 15 ag.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 850 se uff. san.; riduz. 12 %; trasp. L. 1200; età lim. 35 a.

LOZIO (*Brescia*). — Il Podestà informa che la scadenza del concorso al posto di medico-chirurgo di questo comune, di cui l'avviso pubblicato nel precedente nostro N. 23, dal 20 agosto è prorogata fino al 30 settembre 1933.

LUCCA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di medico aiuto del Dispensario Provinciale del capoluogo. Stipendio lire 6000 elevabile a L. 9000 mediante due scatti quadriennali di L. 1500 ciascuno, indennità di servizio attivo L. 1500 annue. Riconoscimento limitatamente ad un quadriennio, del servizio già prestato in posti di ruolo presso altri Consorzi Antitubercolari o presso Istituzioni Antitubercolari Statali o Parastatali. Età massima 45 anni, salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 agosto 1933-XI. Per maggiori schiarimenti, rivolgersi alla Amministrazione del Consorzio, che, a richiesta, invierà copia integrale del bando di concorso.

MAPELLO (*Bergamo*). — Per titoli. Condotta consorziale con Ambivere. Assegno residenziale lire 7040; indennità mezzi di trasporto L. 1760; assegno quale Ufficiale Sanitario L. 520; id. per l'ambulatorio L. 440; indennità di L. 2 per gli inscritti nell'elenco dei poveri ammessi all'assistenza ed ai medicinali gratuiti o di L. 5 per gli ammessi alla sola cura medica ed ostetrica; indennità caro-viveri con le riduzioni di legge. L'assegno residenziale e di Ufficiale Sanitario saranno aumentati di un decimo per quinquennio e per cinque quinquenni. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio Comunale di Mapello, debbono pervenire a detto Ufficio entro il 30 settembre 1933.

MARANO TICINO (*Novara*). — Scad. 31 lug.; lire 8000 e addizionale L. 4 oltre 200 pov.; L. 500 uff. san.; L. 500 cavalc.

MERANO (*Bolzano*). — Scad. 31 lug.; L. 10.560 oltre L. 3520 per cura affetti da malattie celtiche.

MILANO. *Ammin. Provinc.* — Scad. 31 ag.; medico primario o di sezione nell'Ospedale Psich. Provinc. in Mombello di Limbiate; L. 13.000 e 8 aumenti triennali e quadriennali di L. 1400, serv. att. L. 3000; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

MUGGIANO (*Pistoia*). — Scad. 23 ag.; 2ª condotta; L. 8000 e quadrienni dec. fino a L. 12.000; c. v.; cavalc. L. 2000; sostituzioni straordinarie L. 25 giornaliere; età lim. 40 a.

ORUNE (*Nuoro*). — Scad. 31 ag.; 2ª cond.; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; ritenuta 12 %; tassa L. 50.

PESARO. *R. Prefettura.* — Posto di ufficiale sanitario pel Comune di Urbino. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 7000, lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 % di cui il R. D. 20 novembre 1930, n. 1491, con quattro aumenti sessennali di un decimo ciascuno. Indennità di servizio attivo L. 1500 annue; più indennità caroviveri nella misura corrisposta al personale sanitario del Comune. Le domande con i prescritti documenti, l'elenco dei quali e relative formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Pesaro, debbono pervenire alla suddetta R. Prefettura non più tardi delle ore diciotto del 31 agosto 1933-XI.

PESCARA. *Amministrazione Provinciale.* — Si rende noto che il termine per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per la nomina del coadiutore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e di profilassi è prorogato sino alle ore 19 del 16 agosto 1933-XI. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria generale dell'Amministrazione provinciale.

PIOMBINO. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 15 agosto, ore 18; primo assistente chirurgo e assistente chirurgo presso l'Ospedale V. E. III; L. 5500 e lire 3000 ridotte del 12 %, vitto, alloggio, partecipaz.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 27 giu.; serv. entro 15 gg. Per altre condizioni chiedere annunzio.

POGGIO MIRTETO (*Rieti*). — Scad. 31 lug.; 2ª cond.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; addizionale L. 4 da 1001 a 2000 poveri e L. 5 da 2001 a 3000; riduz. 12 %; per cavalc. L. 2552 nette; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; docum. a 4 mesi dal 20 maggio.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Si partecipa che il termine di scadenza del concorso, di cui il bando del 15 maggio 1933, per il posto di Direttore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi, è prorogato fino alle ore diciotto del giorno 15 settembre 1933.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Senigallia, Magione, Fabriano III, Pescara IV, Portocivitanova II (Ancona); ParmaIII, Nogara I, Fratta Polesine, Stanghella, S. Arcangelo di Romagna, Ferrara III (Bologna); Bonorva II, Bonorva I, Macomer I (Cagliari); Borgo a Buggiano Firenze); Taggia, Diano Marina, S. Margherita Ligure (Genova); Caravaggio I, Casteggio (Milano); Fragneto Monforte, Torre Annunziata II, Campolieto (Napoli); S. Vincenzo I, S. Vincenzo II (Pisa); Vallelunga I (Palermo); Omignano (Reggio Calabria); Anzio II, Bieda, Montefiascone, Prezza, Rivisondoli Pescocostanzo, Carpinone, Pescolanciano (Roma); Omegna, Carmagnola, Bagnasco, Ceva I, Fossano (Torino); Belluno II, Calalzo Piede di Cadore (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 31 luglio 1933-XI.

S. FRATELLO (*Cosenza*). — Scad. 30 lug.; per Acquedolci; L. 8000, oltre L. 2000 cavalc.; deduz. 12 %.

S. AGATA SUL SANTERNO (*Ravenna*). — Al 15 ag., ore 18,30; L. 8500 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 2500 trasp., addizionale L. 2 oltre i 1000 pov.; riduz. 12 %; alloggio gratuito se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; serv. entro 20 gg.

S. MARGHERITA D'ADIGE (*Padova*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; assegni vari.

SERRAVEZZA (*Lucca*). — Scad. 31 lug.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 1500 cavalc.

STRAMBINO ROMANO (*Aosta*). — Scad. 20 sett.; lire 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500-1000-1800-3500 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

TALLA (*Arezzo*). — Per titoli. Stipendio annuo iniziale L. 7920 già dedotte del 12 % (aumentabili di un decimo per ogni quadriennio fino a cinque quadrienni), con la indennità netta di L. 440, per l'uso della bicicletta o di L. 2464, per l'uso del cavallo e con la indennità temporanea di caro-viveri nella misura accordata agli altri impiegati del Comune; gli sono inoltre assegnate L. 1000 a rimborso spese conduzione ambulatorio, custodia e gestione Armadio farmaceutico, nonchè L. 418, già nette del 12 %, per assegno quale Ufficiale Sanitario. Stipendio ed emolumenti sono soggetti alle ritenute di legge, a quelle del Monte Pensioni e contributo all'I.N.I.E.L. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla predetta Segreteria non più tardi delle ore diciotto del 1° ottobre 1933.

THIENE (*Vicenza*). — Scad. 10 ag.; 2° reparto.

TOLMEZZO (*Udine*). — Scad. 31 lug.; 2° reparto; L. 9000, oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %.

TRENTO. *Comune.* — Scad. 30 lug., ore 17; condotta suburbana; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 850 uff. san., L. 1000 indennità via, L. 2200 indenn. abitaz., c.-v.; riduz. Chiedere avviso alla Segreteria Generale.

VALMADERA (*Como*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., c.-v., L. 1300 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 6 sett., ore 18; 5 assistenti (Sezione Generale Medica, Sez. Gen. Chirurgica, Sez. Ostetr.-Ginec., Sez. Oftalmica e Sez. Radiofisioterapica).

VIMERCATE. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 sett., ore 12; medico chirurgo primario direttore; lire 20.000 e 5 quadrienni dec., più partecipaz.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; doc. non anter. al 31 mag.; tassa L. 50,10. Abitaz. gratuita; libertà di esercizio. Chiedere annunzio.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La R. Accademia d'Italia, nella sua adunanza generale del 12 aprile u. s., su proposta della classe di scienze fisiche, ha conferito al prof. Angelo Ceconi un encomio con la seguente motivazione: « Prof. Angelo Ceconi. Ha diretto il Trattato " Medicina Interna ,, al quale hanno collaborato i più rinomati nostri Clinici e Patologi, opera di eccezionale importanza nei riguardi dell'affermazione della Scienza medica italiana all'estero ».

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Ortensio Pepi in clinica malattie delle vie urinarie; Italo Bettoni in clinica medica; Piero Malcovati in clinica ostetrico-ginecologica; Giovanni Fusco in ostetricia e ginecologia; Giorgio Giglioli, Carmelo Patanè in patologia coloniale; Luigi Pinelli in patologia speciale medica; Mario Santoro, Quintino Vischia in radiologia medica; Francesco Galli in tisiologia.

Il dott. prof. Julio Bejarano è nominato direttore di sanità della Repubblica Spagnola.

L'Accademia di medicina di Parigi ha eletto soci corrispondenti stranieri i proff. Roch, di clinica medica a Ginevra, e Hascovec, di clinica neurologica a Praga; ha eletto membri nazionali associati i proff. Lesbré di Lione e Sabrazès di Bordeaux.

Il dott. Leonel Gonzaga è nominato presidente della Società di Medicina e Chirurgia di Rio de Janeiro.

Alla Società di Pediatria di Montevideo sono nominati presidente onorario il dott. Luis Morquio, presidente effettivo il dott. Conrado Pelfort.

Il dott. Alves de Lima è nominato presidente dell'Associazione Paolista di Medicina, a San Paolo del Brasile.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Cagliari.

V Convegno della Società Italiana di Anatomia.

Negli ultimi del maggio scorso gli anatomici italiani si riunirono per il V Convegno a Cagliari, accolti signorilmente dalla Università e dall'intera cittadinanza.

Alla cerimonia inaugurale S. E. Lojacono ufficialmente rappresentava il Governo. Presidente del Convegno il prof. Castaldi.

I lavori del Convegno si iniziano con la relazione del prof. Cutore di Catania sulle « Cellule interstiziali e cellule xantocrome ».

Dopo la relazione del prof. Cutore si svolgono alcune comunicazioni riguardanti specialmente l'istologia generale, e cioè: Levi (Torino): « Numero e grandezza delle cellule del sistema nervoso dei vertebrati »; Favaro (Modena): « Sopra l'innervazione muscolare e cutanea dorso-ventrale »; Chiarugi (Firenze): « Il sacco vitellino in un giovane uovo umano ».

Nei giorni successivi hanno riferito: Bucciante (Torino): « Effetti dell'irradiazione con raggi alfa e di emanazione di radio sopra cellule coltivate in vitro »; Occhipinti (Messina): « Il glicogeno nel tessuto adiposo »; Fontana (Cagliari): « Il glicogeno nella retina dei vertebrati »; Burruano (Palermo): « Modificazione di struttura dell'apparato digerente dell'uomo »; Maxia (Cagliari): « Azione delle onde lunghe un metro su uova di riccio di mare »; Rondini (Bologna): « Velocità di accrescimento delle cellule gangliari »; Baggio (Cagliari): « Modificazioni dell'intervento operatorio Bassini »; Marchi (Cagliari): « Risultati del metodo di ringiovanimento del Lebeninsky in cane »; Allara (Palermo): « Le dimensioni dei capillari delle varie zone della lingua »; Romano (Palermo): « Il calibro dell'arteria linguale in rapporto al volume della lingua ».

Il prof. Volterra (Firenze) ha svolto la relazione « Sulla struttura della parete dei capillari sanguiferi », ed una interessante conferenza è stata tenuta dal prof. Businco (Palermo) su « Vedute vecchie e nuove sulla struttura dei polmoni ». Un'altra importante conferenza tenne il prof. Benassi (Cagliari) sulle « Variazioni della colonna vertebrale e loro significato ».

Altre comunicazioni sono state le seguenti: De Lisi (Cagliari): « Disposizione citotettonica nel cervello di uccello »; Pintus (Cagliari): « Sul nucleo della commessura posteriore »; Caponetto (Catania): « Contributo alla topografia del ganglio cervicale inferiore »; Bianchi (Firenze): « Di alcuni metodi per dimostrazione del sistema nervoso centrale »; Monroy (Palermo): « Struttura della pleura umana »; Rabboni (Palermo): « Vascolarizzazione della pleura umana »; Reitano (Cagliari): « Rapporto tra polpa e follicoli nella milza »; Businco (Cagliari): « Epatolienografia »; Licheri (Cagliari): « Sul reperto delle plasmacellule negli organi ematopoietici della serie animale »; prof. Mura (Cagliari): « Iridemia congenita bilaterale »; prof. Atzeni Tedesco (Cagliari): « Sviluppo sessuale e morfologia corporea »; Manunza (Cagliari): « Particolarità radio-morfologiche di un sesamoide interfalangeo dell'alluce »; dottori Cossu e Bray (Cagliari): « Linfogrammi nel vivente »; dott. Allodi (Amiata): « Sui linfatici del fascio di His »; dott. Pilati (Bologna): « Particolarità strutturali dei muscoli della nuca negli embrioni di pollo »; Bucciante (Torino): « Modalità delle inserzioni dei muscoli sul bulbo oculare dell'uomo »; Gomirato (Torino): « Varie modalità delle inserzioni delle fibre muscolari sulle ossa »; Bruno (Sassari): « Sviluppo e costituzione dell'aponevrosi plantare »; Fazzari (Palermo): « Studio sulla ossificazione della clavicola umana »; Fedolfi (Parma): « Sui vasi dell'iride »; Bartoli (Parma): « Sulle modificazioni determinate da sostanze sapide nelle cellule degli organi gustativi della rana »; Vezzini (Parma): « Modificazioni delle mastzellen di ratti variamente alimentati »; Bruni (Parma): « Sullo spazio perilinfatico del vestibolo dell'orecchio »; Porsio (Palermo): « Sullo sbocco del condotto di Santorini nel duodeno »; Chiodi (Milano): « I reticolociti nel sangue di animali domestici »; Aresu (Cagliari): « Sulle granulazioni dei linfociti »; Chiodi e Roversi (Milano): « Il tessuto nodale del cuore di mammiferi »; Muratore (Padova): « Le basi morfologiche dei riflessi arteriosi degli Amnioti »; Romotti (Genova): « La sopravvivenza del sacco vitellino alla morte dell'embrione ».

I lavori del Congresso si sono chiusi a Sassari, dove l'Università e la cittadinanza hanno mostrato tutta la loro squisita ospitalità.

A una breve seduta inaugurale seguirono le comunicazioni. Riferirono: Beccari (Firenze): « Cellule genitali femminili nella rigenerazione del testicolo degli Anfibi »; Favaro (Modena): « Il recessus omentalis superior nel periodo fetale »; Luna (Palermo): « Connessioni dei nuclei dei nervi motori dell'occhio »; Castaldi (Cagliari): « Nuove osservazioni sul pancreas intraepatico »; Fontana Zacco (Cagliari): « Una lettera inedita di Luigi Rolando scritta in Sassari »; Naglieri (Messina): « Brevi annotazioni sull'Anatomia del Nutria »; Falchi (Sassari): « Sulla struttura e sulla distribuzione delle cellule stellate argentofile dell'epidermide umana ».

Venne designata Roma come sede del VI Convegno. L.

NOTIZIE DIVERSE.

La Sezione Medica all'Esposizione internazionale di Chicago.

Il 1° giugno, con l'intervento del Presidente della Repubblica Nord-Americana e dei rappresentanti ufficiali di quasi tutte le Nazioni del mondo, venne inaugurata a Chicago l'Esposizione internazionale dei progressi del secolo.

La Sezione di medicina, nella hall delle scienze, occupa da sola una superficie immensa. Il comitato organizzatore di questa Sezione vanta le maggiori personalità della medicina negli Stati Uniti.

Scopo della Sezione è non solo di far emergere i progressi realizzati nell'ultimo secolo, ma anche di divulgare le nozioni più indispensabili per conservare e accrescere la salute individuale e pubblica, nonchè di far apprezzare le benemerenze degli studiosi che hanno contribuito ai progressi realizzati dalla medicina.

Le Nazioni espositrici sono rappresentate ciascuna da padiglioni proprî, affidati ad istituzioni varie, tra cui segnaliamo l'Istituto Pasteur di Parigi; l'Istituto Roberto Koch e l'Istituto d'Igiene pubblica di Berlino; il Museo d'igiene di Dresda; la « Wellcome Research Institution » di Londra; ecc.

Il padiglione italiano, affidato al Consiglio Na-

zionale delle Ricerche e allestito sotto la direzione di E. Bompiani, illustra le opere compiute dai grandi maestri italiani della medicina — Galvani, Malpighi, Morgagni, Spallanzani, Leonardo, Vesalio, Eustachio, Bassi, Golgi, Mosso, Bizzozero, Lombroso, Forlanini, Grassi ecc. — e documenta l'attività svolta dal Governo attuale a favore della salute pubblica, sovratutto nel campo delle bonifiche.

La mostra più ricca e copiosa è naturalmente quella degli Stati Uniti. Sono state ammesse anche le Case industriali, che spesso divengono fattrici importanti di progresso nel campo medico.

Nell'insieme, l'Esposizione di Chicago desta un senso di stupore per la grandiosità e per l'organizzazione.

31° Congresso nazionale ostetrico-ginecologico.

Il XXXI Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia si terrà a Bari dal 28 al 30 settembre.

Temi di relazione: « Le celiotomie vaginali » (prof. Bertino); « L'ormone sessuale femminile » (prof. Acconci). Saranno inoltre svolti i seguenti temi d'ordine sociale: « L'organizzazione assistenziale dell'O. N. Maternità Infanzia »; « L'assistenza alla maternità nel mezzogiorno »; « La levatrice condotta nella città e le levatrici rurali »; « La radiologia ginecologica ».

Possono intervenire al Congresso i soci e quei medici che chiedano di essere aderenti (contro pagamento di L. 50, che saranno poi conteggiate nella quota annuale se diventano soci).

Soci e aderenti hanno diritto a riduzioni ferroviarie e sulle linee di navigazione facenti scalo a Napoli, Brindisi, Bari. Le richieste vanno inviate entro agosto.

Entro agosto vanno anche inviati i titoli ed un breve riassunto delle comunicazioni, che soci od aderenti intendano presentare al Congresso.

Sono preferite le comunicazioni inerenti ai temi di relazione. Per ciascun socio sarà accettata solo una comunicazione su tema diverso da quelli in discussione.

Al Congresso sarà annessa una esposizione di apparecchi medici e di medicinali. Saranno anche organizzati dei festeggiamenti e delle escursioni nei centri più caratteristici (Alberobello, Grotte di Putignano, Polignano a mare, Castel del Monte, Matera, ecc.).

Per informazioni, chiarimenti, richiesta di documenti, rivolgersi al prof. Gaifami, R. Clinica ostetrico-ginecologica di Bari.

Corsi di perfezionamento.

Il 5° corso di cultura medica a Varese avrà luogo dal 4 al 16 settembre. Concernerà due vasti argomenti: le endocrinopatie e le affezioni reumatiche. Conferenze, lezioni ed esercitazioni saranno tenute da molte delle maggiori personalità italiane della medicina: Besta, Boeri, Cesa-Bianchi, Donati, Ferrata, Fichera, Foà, Frugoni, Galdi, Galeazzi, Micheli, Pasini, Pende, Rondoni, Zoja ecc. Rivolgersi al direttore del corso, prof. Luigi Ponticaccia, Ospedale di Circolo, Varese.

Il nuovo ospedale di Tripoli.

Verrà presto iniziata la costruzione del Padiglione per il ricovero dei tubercolotici presso l'Ospedale Coloniale principale di Tripoli.

Il nuovo padiglione, il quale sarà corredato di un dispensario che funzionerà, altresì, da centro di accertamento, avrà la potenzialità di ricovero di 80 posti letto, ripartiti a seconda del sesso e dei varî gruppi etnici che concorrono a formare la popolazione ospedaliera.

Gli 80 posti vengono ad aggiungersi ad altri 670 dei quali è in corso la sistemazione negli appositi fabbricati ormai quasi ultimati comprendenti i varî servizi relativi alla medicina ed alla chirurgia generale, alla ostetricia, alla ginecologia, all'oculistica, al trattamento delle malattie veneree, cutanee ed a quelle mentali.

Il nuovo Ospedale Coloniale principale « Vittorio Emanuele III » di Tripoli rappresenterà, nella nuova forma, una delle più notevoli affermazioni del Regime nella Tripolitania.

La capacità di ricovero passerà, con le nuove costruzioni e sistemazioni, dal quoziente di 0,64 letto per ogni mille abitanti, oggi del tutto insufficiente, a quello di 5,5 sempre per mille abitanti, non compresa la quota relativa alla popolazione militare, alla quale, del resto, viene pur sempre assegnata una cifra di posti letto più che bastevole per ogni prevedibile evenienza: il 30 % della totalità dei letti nell'Ospedale.

Sanatori e dispensari antitubercolari.

Il 25 giugno venne inaugurato il sanatorio « Pineta di Gaiate » nell'Appennino Modenese. Tenne un discorso il prof. Campani, direttore del Consorzio antitubercolare provinciale.

Il 25 giugno venne inaugurato il dispensario provinciale antitubercolare di Ancona; intervenne alla cerimonia il prof. Morelli; pronunziò un discorso il comm. Scoponi, preside della provincia e presidente del Consorzio.

Il 26 giugno, all'Augusta presenza della Principessa di Piemonte, venne inaugurato a Napoli, in Sezione Vasto, il dispensario « Leonardo Bianchi » già fondato dalla Società antitubercolare di Napoli e ora interamente rinnovato e ampliato a cura del Consorzio, che è presieduto dall'on. Morisani, presidente della provincia; il Morisani tenne il discorso inaugurale.

Costo di sanatori per tubercolotici in Francia.

Durante gli ultimi 5 anni lo Stato francese ha promosso la costruzione dei sanatorî per tubercolotici, assegnando contributi del 50 % sulle spese.

L'on. Jean de Montigny ha interrogato il ministro della Sanità pubblica, per sapere quale è risultato il prezzo dei posti-letto dei singoli sanatorî; ha chiesto una risposta scritta.

Dalla risposta risulta che per i 53 sanatorî così costruiti, il prezzo dei posti-letto varia, in cifre tonde, da un minimo di 20.000 franchi (sanatorio di Châlons-sur-Marne, con 70 posti) ad un massimo di 100.000 franchi (sanatorio Edith Seltzer a Briançon, con 114 posti). La capacità dei sanatorî varia tra un minimo di 52 posti (sanatorio « del francobollo », a Membrolle-sur-Choisille) ad un massimo di 790 posti (sanatorio di Arnières); per tutt'e due questi sanatorî, che stanno alle estremità della scala, il prezzo dei posti-letto è risultato di 50.000 franchi.

Decremento della tubercolosi in Italia.

I dati statistici accuratamente raccolti ed elaborati dall'Istituto Centrale di Statistica mostrano l'imponenza dei risultati ottenuti, nella lotta contro la tubercolosi.

In confronto al triennio 1920-22, la mortalità per tubercolosi in ogni sua forma e sede, si è ri-

dotta nel 1931, in misura che va dal 14 % in Sicilia al 36 % nel Lazio. Nelle Terre Redente, per le quali non si hanno dati nel triennio suddetto, la mortalità si è ridotta, in confronto del 1929, del 13 % per la Venezia Tridentina e del 17 % per la Venezia Giulia e Zara.

Per il complesso del Regno, i dati nei nuovi confini sono noti solo dal 1924. Essi ci dicono che la mortalità per tubercolosi in ogni forma ha segnato diminuzione quasi graduale da 156 per 100 mila abitanti nel 1924, a 96 per 100.000 abitanti nel 1932.

Per la « scrofola e il lupus » e per la « tabe mesenterica e la tubercolosi intestinale », la mortalità si è ridotta, rispettivamente, del 40 e del 33 per cento dal 1927, anno in cui furono iniziate le campagne nazionali antitubercolari.

Le vittorie continuano anche dopo il 1931. Secondo i primi dati raccolti dall'Istituto Centrale di Statistica, la mortalità nel Regno, negli attuali confini, per ogni forma tubercolare, è infatti discesa nel 1932 a 96 per 100.000 abitanti, da 108, quale era nel 1931, e i morti nel 1° trimestre del 1933 sono 9.592 in confronto a 11.173, quali furono nel 1° trimestre del 1932.

Consiglio centrale dell'Opera Maternità e Infanzia.

Ha avuto luogo l'insediamento del Consiglio Centrale dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia recentemente costituito. Erano presenti, oltre il presidente gr. uff. Fabbri e il vice-presidente on. Serena: l'on. Castellino, l'on. Bottai, il gr. uff. Novelli, l'accademico De Blasi, Pietro Parini, il gr. uff. De Ruggiero, il dott. Basile, il gr. uff. Scardamaglia, il gr. uff. Anselmi e il prof. Foà. Il presidente dell'O.N.M.I., dopo aver rivolto il suo saluto ai componenti del Consiglio che rappresentano anche Enti o Istituzioni con cui l'Opera deve lavorare in perfetta armonia, ha indicato gli obiettivi verso i quali l'Opera medesima è diretta. Tali obiettivi, che riguardano in primo luogo il coordinamento delle varie istituzioni a favore della madre e del fanciullo, la creazione dei quadri necessari per il funzionamento, la propaganda dei compiti dell'Opera in seno alla pubblica opinione, devono essere intesi secondo una valutazione politica e sociale, così come va intesa la funzione stessa dell'Opera. Il presidente quindi dopo aver accennato all'attuale ordinamento dell'Opera, nei suoi organi centrali e periferici, inquadrati nei Presidi delle Provincie, nei Podestà e nei Fasci femminili, e dopo aver messo in rilievo l'importanza che in tale ordinamento ha il Comitato di patronato, ha dichiarato insediato il Consiglio.

Alla fine della riunione sono stati inviati telegrammi al Re, alla Regina, Presidentessa onoraria dell'Opera, alla Principessa di Piemonte, alla Duchessa d'Aosta Madre, al Capo del Governo, al Sottosegretario agli Interni on. Buffarini Guidi ed al Segretario del Partito on. Starace.

L'ordinamento sanitario per le Colonie.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un Regio Decreto che approva l'ordinamento sanitario per le Colonie.

Il provvedimento è accompagnato da una relazione del ministro De Bono al Re, nella quale viene illustrato l'ordinamento, che contiene un piano organico di norme, le quali rinvigoriranno la nostra Amministrazione sanitaria coloniale, e con la loro pratica attuazione non potranno non arrecare un largo contributo alla elevazione delle nostre Colonie, rendendo le popolazioni, specialmente indigene, sempre più consapevoli dei benefici derivanti dall'opera di valorizzazione politica, tecnica ed economica delle Colonie, perseguita dal Governo fascista.

Riorganizzazione dei servizi antitracomatosi in Spagna.

Con decreto del 20 aprile la Commissione centrale spagnola di lotta contro il tracoma e altre cause di cecità è stata collegata alla direzione del Servizio di sanità. I dispensari antitracomatosi dovranno tenere consultazioni giornaliere. Nelle province ove il numero dei tracomatosi è alto, verranno creati Centri specializzati, con funzioni molteplici: ispettive, profilattiche, terapeutiche, di statistica, di propaganda, di studio. Nelle provincie ove è organizzata la lotta contro il tracoma ed altre cause di cecità, verranno tenuti corsi di specializzazione, a cura degli Istituti provinciali d'igiene e della Commissione centrale.

Riforma d'ispezione medico-scolastica di Madrid.

La « Gaceta », organo ufficiale della Spagna, reca in data 7 giugno una disposizione del ministero dell'istruzione pubblica, che riforma l'ispezione medico-scolastica di Madrid. Il servizio comprenderà: 10 medici ispettori (retribuiti con 4000 pesete); 9 ispettori medici ausiliari (2500 pesete); 10 medici specialisti addetti ai dispensari (2500 pesete); 5 medici ausiliari di dispensari (1500 pesete); 20 infermiere visitatrici (1500 pesete) e 3 infermiere addette all'amministrazione (1500-3000 pesete).

Istituti medici italiani giudicati da un sanitario americano.

Il chirurgo americano dott. William Seaman Bainbridge, vice presidente della Società Storica Italiana degli Stati Uniti di America, ha visitato alcune delle massime istituzioni create dal Regime per la difesa della razza.

In modo particolare si è interessato al nuovo Istituto « Benito Mussolini », clinica della tubercolosi, all'Istituto George Eastman, all'Istituto del Cancro, al Sanatorio Militare di Anzio, ed a tutte le istituzioni create dall'Opera Nazionale Balilla. Ovunque ha voluto rendersi conto dell'organizzazione e del funzionamento dei suddetti Istituti ed ha manifestato la più viva ammirazione per l'incessante progresso dell'Italia fascista nel campo della previdenza sociale.

Prima di lasciare l'Italia ha visitato il Comune di Littoria ed ha tenuto una conferenza scientifico-sociale all'Accademia medica di Roma sullo stato attuale della lotta contro il cancro.

Fondazione Cattaneo.

L'Ateneo milanese si è arricchito di una fondazione che ha un capitale di L. 65.000 in consolidato ed è intitolata a « Cesare Cattaneo ». Il premio è per un laureato in medicina e chirurgia dalla R. Università di Milano da non più di tre anni e che presenti i migliori lavori a stampa di indole pediatrica. Verrà assegnato in seguito a concorso ed il premiato dovrà rimanere almeno sei mesi come assistente volontario alla Clinica pediatrica di Milano.

Un po' dovunque.

L'Associazione dei fisiologi di lingua francese si è adunata a Liegi, sotto la presidenza del dott. Dubois di Lilla. La prossima riunione si terrà a Nancy sotto la presidenza del prof. L. Frédéricq di Liegi.

Il 1° giugno si è tenuto a Parigi il 1° Congresso francese per la protezione delle popolazioni civili contro il pericolo aereo; fu presieduto dal generale Niessel.

La Società Medico-Chirurgica Calabrese, Sezione di Cosenza, si è adunata il 10 giugno, sotto la presidenza del prof. R. Falcone, per discutere il tema « L'appendicite nella pratica medico-chirurgica ». Hanno fatto comunicazioni sul tema i dottori A. Clausi Schettini, Valentini, prof. Catalani, prof. Misasi, prof. Santoro, prof. Falcone, Gallo, Rossi; seguì un'animata e interessante discussione.

La Società medico-chirurgica abruzzese ha tenuto la prima riunione annuale il 15 maggio a Penne, nel Civico Ospedale « S. Massimo », sotto la presidenza del prof. A. Gasbarrini. La chiusura fu onorata dalla presenza degli on. Acerbo e Manaresi e di altre autorità, di ritorno dalla inaugurazione di un rifugio di alta montagna dedicato alla memoria della Medaglia d'oro Tito Acerbo.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 1° giugno, sotto la presidenza del prof. P. Pietra, assistito dal segretario dott. L. Ferrero. Furono fatte comunicazioni dal presidente e dai soci dottori prof. P. A. Meineri, prof. G. Delle Piane, prof. O. Cipollino, U. Secondi, L. Cabitto, A. Vanelli.

La Società Medico-Chirurgica della Romagna si è adunata a Faenza l'11 giugno, sotto la presidenza del prof. F. Giugni, assistito dal segretario P. Galli. Furono fatte varie comunicazioni, alcune delle quali di speciale interesse, da Solieri e Chiadini (Forlì), Abbati e Silvestrini (Rimini), Marcucci (Faenza), Giugni (Lugo).

Un convegno sulla silicosi si è tenuto a Chicago il 12 giugno, ad iniziativa del Comitato industriale dell'Istituto tisiologico di quella città.

La « Gaceta », giornale ufficiale della Spagna, ha pubblicato, il 3 giugno, un decreto che autorizza la formazione di un Comitato di lotta contro il reumatismo, in rapporto con la Lega internazionale contro il reumatismo. Alla presidenza è stato chiamato il dott. Manuel Bastos Ansart.

La « giornata della Croce Rossa » che ebbe luogo in Inghilterra il 12 maggio, giorno anniversario della nascita di Florence Nightingale, è stata così fruttuosa, che la Croce Rossa Britannica ha deciso di destinare, d'ora in poi, una intera settimana a questa manifestazione di propaganda.

Il noto fabbricante americano di microscopî Edward Bausch ha fatto costruire, per l'Esposizione di Chicago, un microscopio gigantesco, alto m. 1,60.

I ricoverati nel lebbrosario spagnolo di Fortilles (Alicante) si sono ammutinati, per protestare contro gli assistenti laici e richiedere il ritorno dei padri gesuiti.

All'Associazione dei prestidigitatori francesi, adunatasi il 20 giugno per festeggiare il suo 30° anniversario, ha dato prove eccezionali di abilità il vice-presidente dott. Dhotel, un medico il quale, nei momenti di tregua lasciatigli dalla professione ed a titolo di diversivo, ha coltivato le sue straordinarie attitudini per i giochi di prestigio.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

"IL POLICLINICO,,
PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA E IGIENE

ANNO XL Roma, 24 Luglio 1933 - XI Num. 30

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPIZIO UMBERTO I
presso l'Ospedale del SS. Salvatore al Laterano in Roma.
Primario: prof. G. LAURENTI

Ricerche sul metabolismo basale e ricambio degli idrati di carbonio nella tubercolosi polmonare.

G. BARBERA, aiuto — M. MORALDI, assistente

In questi ultimi anni la glicemia nei tubercolosi è stata oggetto di studio da parte di molti Autori che hanno concordemente rilevato, sia con ricerche estese a gran numero di malati, sia con esami ripetuti in serie negli stessi ammalati, valori variabili in rapporto alla forma clinica ed allo stato febbrile (Brajer, Sartorelli, Hecht, Sayago, Dufour e Dargniati, ecc.).

Le variazioni pure oscillando sempre nei limiti fisiologici, sembrano dimostrare una tendenza all'ipoglicemia nelle forme gravi e febbrili, ed un comportamento variabile nelle forme a decorso torpido o iniziale.

Noi abbiamo voluto esaminare il comportamento della glicemia su 166 ammalati di tbc. polmonare; per la ricerca abbiamo usato il metodo di Seifert, all'acido picrico, che fornisce cifre di normalità oscillanti tra 1 e 1,50 per mille; i malati erano a digiuno ed a riposo da almeno 12 ore.

Per comodità di osservazione abbiamo riunito i risultati in tre gruppi, inserendo nel primo i valori compresi tra 0,90 e 1,15 (valori bassi), nel secondo quelli compresi tra 1,15 e 1,35 (valori medi), e nel terzo quelli tra 1,35 e 1,55 (valori alti). Riguardo alla forma clinica abbiamo suddivisi i malati in quattro gruppi: I gruppo, forme fibrose; II gruppo, forme sclero-ulcerose; III gruppo, forme ulcero-caseose; IV gruppo, forme bronco-polmonari. (Tabella n. 1).

I risultati complessivi dimostrano una netta prevalenza di valori medi. In rapporto alla forma clinica si nota che negli ammalati di forme decisamente gravi e febbrili (quali i bronco-polmonari) o di forme chiaramente benigne e

TABELLA N. 1.

GLICEMIA	I gruppo forme fibrose		II gruppo forme scleroulcerose		III gruppo forme ulcerocascose		IV gruppo forme bronco-polmonari		Totale	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi	%
Valori bassi 0,90—1,15 °/₀₀	—	—	24	29,9	16	27,7	8	66,6	48	28,9
Valori medi 1,15—1,35 °/₀₀	6	40,9	42	51,2	30	51,7	4	33,4	82	49,4
Valori alti 1,35—1,50 °/₀₀	8	59,1	16	19,6	12	20,6	—	—	36	21,7
	14	100	82	100	58	100	12	100	166	100

apiretiche quali le fibrose, la glicemia si mantiene bassa nelle prime, alta nelle seconde; nelle forme scleroulcerose gli scarti dai valori medi sembrano legati a particolari condizioni del soggetto ed allo stato di organi che sono della massima importanza per l'equilibrio di tutto l'organismo. L'esistenza di alterazioni renali, di alterazioni epatiche, rivelantesi clinicamente con la comparsa di albuminuria e urobilinuria, si associano spesso a valori ipoglicemici; così quando la febbre, il dimagrimento, i sudori stanno ad indicare una ripresa del processo tubercolare. Il contrario si nota in genere nelle forme opposte.

*
* *

La glicemia può essere considerata come indice delle prestazioni energetiche, in quanto sappiamo come sia il glucosio il materiale più direttamente utilizzabile, il combustibile immediato delle cellule. D'altra parte esiste un equilibrio tra carboidrati fissi o di riserva (glicogeno) e carboidrati mobilizzati pronti per il consumo (glucosio) (Rondoni), equilibrio che si rileva appunto traverso la glicemia, ed al mantenimento del quale sappiamo che concorrono molteplici fattori, endocrini, neurovegetativi, tissulari. È quindi possibile e logico che esistano rapporti tra glucosio circolante e intensità di produzione calorica, giacchè è ammesso comunemente che il calore prodotto da un organismo vivente nel riposo più assoluto e nella cessazione di tutte quelle funzioni che è possibile interrompere (dispendio minimo di energia o metabolismo di base), sia fornito prevalentemente dalla combustione del glucosio.

Questo presupposto teorico ci sembra confermato da un'osservazione clinica al di fuori della tubercolosi, e precisamente nel diabete; in questo vediamo che il metabolismo basale (M. B.) si mantiene normale finchè il diabete è compensato, ma quando si inizia la denutrizione il M. B. si abbassa sotto i valori normali, talora considerevolmente, mentre è proprio allora che aumenta il tassa glicemico del sangue (W. M. Boothby e C. Becler, H. B. Richardson e E. H. Mason, ecc.). Inoltre l'iniezione di insulina in un diabetico con iperglicemia fa aumentare il M. B. (Ioslin, Gray e Root), mentre non lo modifica se la glicemia era al disotto dell'1 %o.

Ci è sembrato quindi logico indagare parallelamente la glicemia ed il M. B. nei tubercolosi polmonari per controllare se esistessero in realtà tra questi due fatti dei rapporti che, come già si disse, fossero capaci di spiegarci il comportamento della glicemia in questa malattia, ed eventualmente ci permettessero di risalire allo studio del ricambio dei carboidrati. In ciò siamo stati confortati da quanto autorevolmente scrivono Gasbarrini e Gherardini nel trattato del Devoto sulla tbc. (Vol. II), i quali ritengono « utili e desiderabili ricerche comparative *tra tasso glicemico e ricambio di base* ».

Perciò contemporaneamente alla presa del sangue per la glicemia noi abbiamo determinato sui nostri pazienti il M. B.; per le particolarità di tecnica di quest'ultimo rimandiamo al lavoro pubblicato da uno di noi su questo argomento (Moraldi).

Nella tabella n. 2 sono riportati i risultati delle ricerche comparative del M. B. e della glicemia; nella tabella n. 3 sono espressi in cifre percentuali; anche per il M. B. abbiamo diviso i valori in tre gruppi; nel primo i valori nomali (— 10 — + 15), nel secondo i valori medi (+ 15 — + 30), nel terzo i valori alti (oltre il + 30).

Per le forme cliniche abbiamo mantenuto la suddivisione riferita.

Dall'esame delle tabelle è facile rilevare un comportamento veramente caratteristico nel I

TABELLA N. 2.

GLICEMIA	METABOLISMO BASALE	I. gruppo forme fibrose		II gruppo forme scleroulcerose		III gruppo forme ulcerocaseose		IV gruppo forme bronco-polmonari		Totale	
		Glicemia	M. B.	Glicemia	M. B.	Glicemia	M. B.	Glicemia	M. B.	Glicemia	M. B.
I. 0,90 - 1,15 ‰	— 10 - + 15 %	—	4	8	17	6	1	3	—	17	22
II. 1,15 - 1,35 ‰	+ 15 - + 30 %	2	—	14	5	7	8	—	—	23	13
III. 1,25 - 1,50 ‰	oltre + 30 %	2	—	4	4	3	7	—	3	9	14
		4	4	26	26	16	16	3	3	49	49

TABELLA N. 3.

GLICEMIA	METABODISMO BASALE	I. gruppo forme fibrose		II. gruppo forme scleroulcerose		III. gruppo forme ulcerocaseose		IV. gruppo forme bronco-polmonari	
		Glicemia	M. B.	Glicemia	M. B.	Glicemia	M. B.	Glicemia	M. B.
I. 0,90 - 1,15 ‰	— 10 - + 15 %		100	30,8	65,4	37,6	6,4	100	—
II 1,15 - 1,35 ‰	+ 15 - + 30 %	50	—	53,8	19 2	43,6	50,0	—	—
III. 1,35 - 1,50 ‰	oltre + 30 %	50	—	15,4	15,4	13,8	43,6	—	100
		100	100	100	100	100	100	100	100

e IV gruppo (forme fibrose e forme bronco-polmonari); nel I ad una glicemia tendenzialmente alta corrisponde un metabolismo basale tra — 10 e + 15 (normale). Nel IV gruppo ad una glicemia bassa è contrapposto un M.B. notevolmente elevato. Nel II e III gruppo (forme sclero-ulcerose stazionarie ed ulcerocaseose in evoluzione) i risultati non sono così netti e precisi, per una prevalenza dei valori glicemici medi, benchè anche qui possano mettersi in evidenza nei singoli casi rapporti analoghi ai sopradetti.

Queste nostre ricerche ci domostrano che nei casi in cui la tbc. polmonare per l'intensità dei processi distruttivi e tossici assume un carattere di gravità e di progressione, esiste una ipoglicemia che procede parallelamente ad un aumento delle ossidazioni organiche. Aumento che è giustificato dal maggior lavoro respiratorio (dispnea) e dal maggior lavoro del cuore, oltre che ad una prevalenza in tutti i tessuti dei fenomeni catabolici sugli anabolici, da mettersi probabilmente in rapporto con un particolare orientamento del sistema endocrinoneurovegetativo.

È così che con una certa quantità di materiale nutritizio dovrà essere mobilizzata e combusta per la necessaria copertura di questo fabbisogno energetico. Nell'individuo normale « una quantità notevole, la maggiore, del valore calorico totale, deve essere fornita da carboidrati, che con facilità e prontezza forniscono il combustibile più facilmente utilizzabile (glucosio) dalle cellule, tanto che un certo tasso minimo di glucosio nell'ambiente cellulare, nel sangue dunque, è una condizione essenziale di vita » (Rondoni, « Biochimica », pagina 331).

Non diversamente devono andare le cose nei tubercolosi polmonari. Difatti in nessuno dei nostri malati abbiamo riscontrato, sia clinicamente che nelle urine, quei segni di acidosi che sappiamo comparire ogni qual volta i carboidrati sono poco o punto utilizzati. Ed in uno studio sulla riserva alcalina praticato da uno di noi su 28 tubercolosi, mai si è constatata una diminuzione del CO_2 alveolare.

Le materie proteiche sono attaccate dall'organismo per la copertura del suo fabbisogno nutritizio solo quando i carboidrati ed i grassi sono stati già distrutti in precedenza; e l'organismo in digiuno assoluto tende ad economizzare il più possibile le proteine dei propri tessuti, il cui consumo rimane limitato finchè vi è del glicogene e dei grassi da bruciare.

Tutto questo e le nostre esperienze ci conducono ad ammettere che nei tubercolosi polmonari in genere e tanto più nelle nostre condizioni sperimentali, l'aumento delle combustioni organiche si svolga a spese sia dei grassi che dei carboidrati, specie di questi ultimi, che, per l'iperalimentazione attuata pressochè in tutti questi malati, non debbono difettare nel loro organismo.

In altri termini, ci sembra che il tubercoloso polmonare bruci ed utilizzi ottimamente le sue riserve di carboidrati. Invece Monceau (opera cit. pag. 221) afferma che nei tubercolosi gravi, ed in molti non gravi, esiste un'insufficienza glicolitica, basandosi sulla comparsa di una glicosuria in seguito ad iniezioni intramuscolari di glucosio. Ma questo fatto innegabile sta soltanto a dimostrare un'insufficienza della cellula epatica, a fissare come glicogeno il glucosio introdotto parenteralmente: e che nella tbc. polmonare la funzionalità epatica sia lesa è universalmente riconosciuto, e nostre ricerche (Barbèra) in corso la confermano.

La facile ed aumentata ossidazione dei carboidrati spiega e a sua volta trova appoggio nell'esistenza di una ipoglicemia nelle forme gravi febbrili di tbc. polmonare. Alla teoria di una eccessiva disintegrazione albuminoidea ad azione ipoglicemizzante (Singer), a quella della formazione nei focolai tubercolari di una parainsulina ad azione glicolitica (Lundberg), a quella di una epatite diffusa con impoverimento della cellula epatica in glicogeno, a tutte queste teorie, dicevamo, può aggiungersi quella di un'aumentata distruzione di carboidrati a livello degli stessi tessuti il cui bisogno energetico è accresciuto per le particolari condizioni in cui viene a trovarsi l'organismo tubercoloso.

Le nostre ricerche forniscono un appoggio sperimentale a quest'ultimo modo di vedere.

RIASSUNTO.

Gli AA. si sono proposti con uno studio comparativo della glicemia e del M. B. in ammalati di tbc. polm. di stabilire le cause dell'ipoglicemia pressochè costante nelle forme gravi e febbrili.

Le ricerche, condotte su 49 infermi, hanno dimostrato che nei casi in cui la tbc. polm. presenta particolare intensità di processi istruttivi esiste una ipoglicemia che procede parallelamente ad un aumento delle ossidazioni organiche.

In base a noti presupposti teorici e ai dati sperimentali raccolti gli AA. concludono come l'ipoglicemia del tbc. grave possa esser spiegata da un'aumentata diminuzione di carboidrati a livello dei tessuti il cui bisogno energetico (M. B.) è accresciuto per le particolari condizioni in cui viene a trovarsi l'organismo tubercolare.

BIBLIOGRAFIA.

BARBÈRA. *Considerazioni e ricerche sull'equilibrio acido-base nel sangue.* Policlinico, Sez. Medica, 1928.

DONNEAUD. Tesi di Montpellier, 1927.

DUFOUR et DAGNIATI. C. R. Soc. Biol., 1930.

GASBARRINI e GHERARDINI. *Trattato della Tubercolosi* di DEVOTO. Milano, 1930, vol. II.

MORALDI. *Osservazioni sul M. B. nella tbc. polmonare.*

MONCEAUX. *Les échanges nutritives dans la tbc. pulmonaire.* Paris, 1929.

RONDONI. *Biochimica,* 1928.

SAYAGO, DE VILLAFRANCA, VOCOS. C. R. Soc. Biol., t. XCVII, 1927.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA

diretto dal Prof. DOMENICO TADDEI.

Sull'uso di alcuni ipoalgesici nella pratica metodica della cistoscopia e del cateterismo degli ureteri.

Dott. NICOLA CIRILLO,

Posto di Perfezionamento « A. Ceci ».

Le difficoltà che può presentare un esame cistoscopico con relativo cateterismo degli ureteri sono generalmente in rapporto diretto con il sesso e più in particolare con la natura della lesione in atto. Negli uomini infatti la cistoscopia riesce sempre più dolorosa che nelle donne così come nelle vesciche cistitiche a capacità ridotta, nelle forme tubercolari, ecc., l'estensione talvolta delle lesioni non permette in alcun modo un esame della vescica e dei due reni, a meno che non si ricorra all'uso di qual che anestetico.

A questo riguardo si può dire oramai che ben pochi sono i chirurghi che ricorrono in casi simili all'anestesia generale per inalazione, per iniezione o per clistere, trattandosi di mezzi generalmente sproporzionati all'obbiettivo che si vuol raggiungere. Queste anestesie inoltre hanno il grave inconveniente di sopprimere totalmente i riflessi per cui, mentre non permettono di rilevare esattamente la capacità vescicale — si può giungere talvolta a delle iperdistensioni veramente pericolose della vescica — consentono d'altra parte al malato di compiere dei movimenti involon-

tari che possono disturbare notevolmente l'esame: infine non si prestano ad essere ripetute, in uno stesso malato, a breve distanza di tempo, così come invece può essere necessario nel caso che il paziente, prima di essere operato, debba essere sottoposto ancora una volta o più volte ad un esame cistoscopico.

Anche la rachianestesia, oltre ai pericoli che comporta, presenta anch'essa, nei riguardi della cistoscopia, gran parte degli inconvenienti dell'anestesia generale.

È quindi necessario limitarsi in questi casi o all'anestesia locale per istillazione, o alla puntura epidurale, ovvero alle anestesie cosidette crepuscolari, per iniezioni.

L'anestesia locale si pratica iniettando in vescica, attraverso l'uretra, una soluzione di cocaina o di novocaina, di alipina, ecc. Per quanto sembri la più efficace e la meno offensiva, essa è invece generalmente da scartarsi, più che per quello che la nostra esperienza ci insegna, sopratutto per i risultati delle discussioni avvenute in seno alla Società Francese di Urologia, fra Marion, Legueu, Minet, ecc. Marion, in una statistica di 1500 casi in cui impiegò sempre una soluzione di cocaina al 4 %, che iniettava lungo l'uretra nella proporzione da 4 a 5 cc., ebbe a lamentare un caso di morte. Due anni dopo (1924), Legueu riferisce su un decesso avuto in seguito ad iniezione lungo l'uretra di 5 cc. di una soluzione di cocaina al 2 %: secondo l'A. quest'anestesia non è perciò affatto da consigliarsi, poichè basta una falsa strada o una lieve soluzione di continuo dell'uretra, per permettere al liquido anestetico di penetrare in circolo. E questa possibilità non è rara, poichè, seguendo la tecnica suggerita da Marion, la soluzione di cocaina dovrebbe essere spinta con forza per vincere la resistenza dello sfintere membranoso e penetrare nell'uretra posteriore. Anche Minet riferisce su un caso di morte in seguito ad iniezione locale lungo l'uretra di una soluzione di cocaina al 3 % nella quantità di 7-8 cc.; e quello che riesce più interessante, è che l'A., contrariamente a quanto consiglia Marion, iniettò la soluzione in vescica senza agire con pressione, ma mediante un istillatore. D'altra parte l'anestesia locale per via uretrale, nonostante quanto affermano i sostenitori, sopprime solo parzialmente le sensazioni dolorose e le contrazioni vescicali, così come aumenta di poco la distensibilità delle vesciche cistitiche a scarsa capacità.

La puntura epidurale, introdotta in chirurgia fin dal 1900 da Sicard e Cathelin, non ha avuto estese applicazioni sebbene sia possibile talora ottenere con essa una buona anestesia senza correre tutti i pericoli della puntura del rachide. Le ragioni dell'efficacia di questo metodo nella cistoscopia si spiegano pensando alla doppia innervazione della vescica da parte del plesso ipogastrico e del plesso erettore. Il nervo ipogastrico proviene dal simpatico ed ha un'azione doppia sullo sfintere e sul detrusore, poichè, mentre permette allo sfintere, mediante le fibre motrici che v'invia, di contenere l'orina in vescica, nello stesso tempo inibisce l'azione del detrusore che provvede, come è noto, ad espellere l'orina: il nervo erettore invece, che dipende dal secondo, terzo e quarto nervo sacrale, agisce in senso inverso, cioè eccita il detrusore per vuotare la vescica ed inibisce l'azione dello sfintere vescicale: ora per gli scopi cistoscopici basta naturalmente ottenere l'arresto dell'azione del secondo, terzo, quarto nervo sacrale. L'Anatomia insegna come questi nervi, prima di uscire dai forami sacrali, decorrano per diversi centimetri nel canale vertebrale del sacro, occupando lo spazio cosidetto epidurale. Questo spazio, virtuale per tutta l'altezza del midollo spinale, diviene reale all'altezza della seconda vertebra sacrale, estendendosi poi lungo tutto il canale sacrale: è occupato da un tessuto adiposo percorso da numerose vene, dai nervi sacrali e coccigei: vi è contenuto anche il filum terminale, rivestito dal suo involucro. Ora si comprende facilmente che se si fa pervenire la sostanza anestetizzante in questo tratto sacrale del canale vertebrale, si va proprio ad agire sui nervi sacrali che presiedono all'innervazione eccitante del detrusore.

La letteratura non registra che pochi incidenti per puntura epidurale: Charreau segnala due casi di ritenzione d'urina, Leweifel riferisce di aver notato in tre malati fatti di necrosi superficiale, sulla cute, nel punto dove venne fatta la puntura: nessun autore però accenna a decessi.

Nella nostra Clinica abbiamo fatto spesso uso della puntura epidurale, ma abbiamo avuto talvolta delle anestesie incomplete: da altra parte è facile incontrare dei malati in cui non è assolutamente possibile ricorrere a questo metodo, per es. individui grassi, in cui i punti di repere non sono rilevabili, ovvero nei casi di anomalie anatomiche, quando vi è ossificazione del legamento sacro-coccigeo, o quando lo hiatus sacro-coccigeo è troppo stretto, ecc. Si tratta ad ogni modo di un piccolo intervento che ha bisogno di

asepsi minutissima e che non sempre è bene accetto dal malato per il solo scopo di un esame clinico.

In questi ultimi anni, Dogliotti, della Clinica di Torino, ha studiata e realizzata la tecnica di un altro metodo di anestesia, alla quale, per le sue caratteristiche, ha dato il nome di « anestesia peridurale segmentaria ». Non crediamo opportuno riportare i lunghi studi, sia anatomici che sperimentali, praticati sul cadavere e riferiti recentemente dall'A. al Congresso Italiano di Chirurgia del 1931 e in un articolo apparso nel « *Zentralbratt für Chirurgie* » (n. 50, 1931): sta di fatto che i chirurghi, per ora non numerosi, che si sono serviti di questa particolare forma di anestesia, assicurano di avere avuto costantemente dei buoni risultati. Con questo metodo si conseguirebbero tutti i vantaggi della anestesia locale per quanto si riferisce alla sua innocuità, nonchè quelli della rachianestesia per quanto riguarda la sua profondità di azione e di efficacia: inoltre esso sarebbe applicabile, non solamente alle anestesie nell'ambito della chirurgia urinaria, ma ugualmente alle anestesie per le affezioni del fegato, dell'intestino, degli organi del piccolo bacino, ecc. In breve, si tratta di un procedimento il quale ripete, per i segmenti superiori del corpo, i pregi da molti chirurghi riconosciuti all'anestesia epidurale sacrale per gli interventi nel territorio del plesso sacrococcigeo. Lawen, Hamecart, Schlimpert, Schneider e parecchi altri chirurghi, avevano già segnalata la possibilità, introducendo una grande quantità di soluzione anestetica attraverso lo hiatus sacrale e quindi ponendo il malato in posizione di Trendelenburg, di ottenere una diffusione dell'anestesia sino alle ultime radici lombari: essi hanno potuto così praticare numerosi interventi ginecologici ed addominali, ma con dei risultati, dal punto di vista dell'anestesia, piuttosto incerti. Questi risultati troverebbero la loro spiegazione nella difficoltà di scollare la dura madre del canale osseo, ciò ch'è dovuto alle lamelle fibrose che li riuniscono. Sicard e Forestier, che hanno iniettato in questo spazio del lipiodol, sono giunti alla stessa conclusione ed in più hanno osservato che il liquido si sperde subito attraverso i fori di coniugazione. Ora le ricerche anatomiche e sperimentali di Dogliotti e, d'altra parte, i risultati pratici ch'egli ha ottenuto, dimostrano che, se ci si dirige, non più verso il canale sacrale, ma verso lo spazio peridurale del rachide, si può ottenere lo stesso una perfetta anestesia con una quantità minima di liquido anestetico. Questo liquido può essere introdotto ad un livello qualsiasi del rachide, esso bagna la dura madre e si espande subito nei due sensi per una lunghezza considerevole (pressochè matematicamente proporzionale alla quantità del liquido introdotto): l'azione del liquido è limitata naturalmente alle radici ch'esso bagna, si tratterebbe cioè di una anestesia segmentaria.

Noi non abbiamo mai esperimentato questo metodo nella cistoscopia, non siamo quindi in grado di poter dare su di esso dei giudizi: siamo però del parere che, per quanto i risultati riferiti siano incoraggianti, occorrerà certamente del tempo perchè la tecnica si affini ed il metodo riesca ad imporsi maggiormente: anche esso ad ogni modo ci sembra sproporzionato per importanza allo scopo di un semplice esame clinico, come la cistoscopia.

Le anestesie crepuscolari infine, che sono quelle alle quali noi generalmente ci atteniamo, presentano il grande vantaggio, su cui desideriamo richiamare particolarmente l'attenzione che, pur permettendo una notevole riduzione della sensibilità, non la aboliscano mai del tutto, per cui i riflessi sono sempre presenti: queste anestesie cioè portano generalmente ad uno stato crepuscolare della coscienza, che permette di avvertire la relativa iperdistensione della vescica mentre diminuisce la sensibilità di quel tanto che basta per praticare senza sofferenze e reazioni da parte del malato le varie manovre cistoscopiche.

Questo ottundimento del sensorio poi, perdurando per parecchie ore dopo la cistoscopia, continua ad esserci ancora di grande aiuto durante la pielografia ascendente che noi usiamo far seguire di norma alla cistoscopia in quasi tutti questi malati: la presenza infatti di un certo grado di sensibilità, fa sì che il paziente, alla prima distensione del bacinetto, durante la iniezione attraverso le sonde ureterali della sostanza di contrasto (joduro di litio al 25 %), avverta dolore prima da un fianco e poi dall'altro, consentendoci in tal modo d'interrompere a tempo opportuno la introduzione della sostanza stessa. Così l'uso di queste anestesie ci ha permesso di eseguire numerosissimi pielogrammi, senza aver mai a lamentare il più piccolo incidente.

Molte sono le sostanze alle quali si può ricorrere in questi casi (ipnotici, oppiacei, ipoalgesici): noi dopo di averne sperimentate diverse, ricorriamo oggi di preferenza al-

l'iniezione endomuscolare nelle natiche, una o due ore prima dell'esame, di 1 mm. di scopolamina, sola o, molto meglio, associata a josciamina, morfina, atropina, ecc., così come si trova in alcuni preparati del commercio.

Nell'uomo, specie se prima non sottoposto a sondaggi, come negli individui eretistici o pollachiurici, o disurici per riduzione della capacità vescicale o per ipersensibilità della vescica al contatto ed alla distensione, l'iniezione preventiva di scopolamina rende possibili e facili cistoscopie altrimenti impossibili e difficili. Nelle donne invece non iperestesiche e che non presentano intolleranza vescicale al contatto ed alla distensione, può essere tralasciata ogni preparazione anestetica.

La scopolamina, unita ad una qualsiasi delle sostanze sopra ricordate, avrebbe certamente trovato assai più largo campo di applicazione se la pratica clinica quotidiana non avesse messo in luce alcuni pericoli derivanti dal loro impiego: ora la causa di questi pericoli fu trovata nell'azione depressiva, profonda che questi alcaloidi esercitavano elettivamente sui congegni nervosi centrali della respirazione, estendendo a questi l'effetto narcotico da essi prodotto in un primo tempo sugli emisferi del cervello. Ma gli studi abbastanza recenti di Coronedi, Alitti, ecc., hanno permesso, mediante l'azione sinergica di sostanze per sè medesime farmacologicamente inattive o quasi, entro confini posologici determinati con esattezza, e di prodotti sintetici contenenti nelle loro molecole gruppi chimici forniti di spiccate virtù stimolatrici rispetto ai congegni nervosi regolatori della respirazione e della pressione arteriosa, di potenziare, come si suol dire, l'azione narcotica, analgesica, della morfina e della scopolamina sopra gli emisferi cerebrali e mantenerla a questi circoscritta, impedendone il diffondersi verso i centri bulbari.

Fra i vari preparati del commercio che abbiamo usato ed usiamo tuttora con risultati veramente soddisfacenti, possiamo ricordare il Mass, il Paunevrol, ecc.

Questi preparati che si basano in linea generale sull'azione narcotica della morfina e della scopolamina che ne formano la parte integrale, vengono confezionati per lo più in fialette da 2 o da 3 o da 5 cc.: ora noi pratichiamo nei nostri malati, circa un'ora e mezzo, due ore prima della cistoscopia, una iniezione endomuscolare di queste sostanze, in proporzioni naturalmente ridotte (1, 2, 4 cc.), a seconda dell'età.

L'esame accurato dei numerosi casi nei quali questi preparati sono stati adoperati, ci assicura come queste sostanze possano essere usate senza timore, in quanto che non abbiamo mai riscontrato alcun incidente locale nè generale, immediato o a distanza di tempo, attribuibile al loro uso: e questo fatto è del massimo interesse tenendo presente che noi abbiamo adoperato questi anestetici anche in ragazzi di 14-16 anni, in persone di età molto avanzata ed in pazienti nei quali le condizioni generali erano molto deperite. La ragione per la quale non abbiamo avuto mai a lamentare inconvenienti è dovuta certamente anche alla limitazione della dose: noi infatti non iniettiamo mai più di 1 milligrammo di scopolamina.

Complessivamente, dal maggio 1924 al giugno di quest'anno, abbiamo eseguito con questo metodo 194 cistoscopie in individui che presentavano le seguenti affezioni urologiche:

Calcolosi renale sinistra	17 casi
Calcolosi renale destra	7 »
Calcolosi del bacinetto di destra	2 »
Calcolosi ureterale sinistra	4 »
Calcolosi ureterale destra	7 »
Calcolosi vescicale	2 »
Pielonefrite bilaterale	8 »
Pielonefrite destra	3 »
Tumore del rene sinistro	6 »
Tumore del rene destro	8 »
Tumore del bacinetto sinistro	1 »
Tumore della vescica	5 »
Ptosi del rene sinistro	1 casi
Nefropielite bilaterale	16 »
Nefropielite sinistra	12 »
Nefropielite destra	7 »
Nefropielite emorragica	6 »
Tbc. renale bilaterale	17 »
Tbc. renale sinistra	12 »
Tbc. renale destra	15 »
Tbc. genito-urinaria	1 »
Ematonefrosi traumatica sinistra in idronefrosi calcolosa	1 »
Rene migrante iliaco destro	1 »
Idropionefrosi sinistra	1 »
Idropionefrosi destra	2 »
Affezioni varie non urologiche	6 »
Diverticoli della vescica	2 »
Cistite	2 »
Nevrosi urinaria	2 »
Prostatite, prostatorrea	7 »
Ipertrofia prostatica	2 »
Cancro della prostata	1 »
Disturbi vari della minzione	7 »
Epididimite specifica destra	1 »
Orchiepididimite blenorragica	1 »
Affezione emorragica non determinata dell'uretra posteriore	1 »

Queste anestesie non richiedono alcuna preparazione del malato, tranne il divieto di ingerire cibi solidi qualche ora prima dell'esame.

A distanza di un'ora e mezza, due ore dall'iniezione, il paziente si presenta, nella gran-

de maggioranza dei casi, con viso arrossato, sonnolenza, dilatazione pupillare: la coscienza poi è in genere facilmente eccitabile con domande, rumori, dolore, ecc.

I risultati non sono però sempre uguali; così, a parità di dosi, si ha costantemente ipoalgesia, ma in grado vario: in molti casi poi non resta neppure il ricordo dell'operazione eseguita.

In 47 di questi malati ho voluto vedere se questi preparati modificavano o no la funzione renale, ciò che ho fatto esaminando il tasso ureico nelle orine totali, prima dell'iniezione e dopo di questa, ad esame cistoscopico ultimato: ora in nessuno dei pazienti presi in esame ho mai notato sensibili variazioni del tasso dell'urea.

Nei varî casi della statistica si tratta quasi esclusivamente di uomini poichè nelle donne siamo ricorsi e ricorriamo di norma, tranne casi eccezionali come ho già detto più sopra, alla sola morfina o ai succedanei di questa (pantopon, narcotal, ecc.) i quali ci si sono dimostrati generalmente sufficienti: soltanto alcune inferme hanno avvertito talvolta delle nausee seguite da vomito.

Nei pazienti infine con evidenti fatti di cachessia urinaria, consigliamo naturalmente di astenersi da questi come da altri preparati del genere.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver fatto rilevare le difficoltà che può presentare in alcuni casi un esame cistoscopico e la necessità quindi di abolire, ma non completamente, la sensibilità del malato perchè la cistoscopia si possa svolgere nella maniera più efficace e più rapida, passa in rassegna i diversi anestetici, richiamando particolarmente l'attenzione sulle anestesie cosidette crepuscolari, e specialmente sull'uso, una o due ore prima dell'esame, di una iniezione endomuscolare di un mm. di scopolamina, sola o associata a josciamina, morfina, atropina, ecc., così come si trova in alcuni preparati del commercio.

L'A. ha esperimentato questo metodo in 194 cistoscopie, usandolo in malati di diversa età e che presentavano le più svariate affezioni urologiche, ottenendone sempre risultati molto soddisfacenti; ha osservato inoltre, con l'esame del tasso ureico in 47 di questi malati, come il metodo in parola non dia luogo ad alcuna modificazione della funzione renale.

BIBLIOGRAFIA.

AIELLO. La Clinica Chirurgica, 1894.
ALESSANDRI. Policlinico, Sez. Chirurgica, 1894.
Id. Atti della Soc. Ital. di Chirurgia, 1897.
CARRARO. Comunicazioni Knoll, ottobre 1932.
CHARREAU. Citato da GIULIANI.
CHIARUGI. La Clinica Chirurgica, 1911.
CIRILLO. Scritti Biologici, vol. VII, 1932.
DOGLIOTTI. Boll. e Memorie della Soc. Piemontese di Chirurgia, vol. I, 1931.
ID. Zentralblatt für Chirurgie, n. 51, 1931.
ID. Atti della Soc. Italiana di Chirurgia, 1931.
DURANTE e LEOTTA. *Medicina Operatoria*, vol. I, Un. Tip. Ed. Torinese, 1921.
GALEAZZI e GRILLO. Citati da GIULIANI.
GIORDANENGO. Journal d'Urologie, 1932.
GIULIANI. *Manualità Cistoscopiche*, Ed. Pozzi, Roma, 1927.
LAWEN, HAMECART, SCHLIMPERT, SCHNEIDER cit. da GIORDANENGO.
LEGUEU. Journal d'Urologie, 1924.
LEWEIFEL cit. da GIULIANI.
MARION. Journal d'Urologie, 1922.
MINET. Ibid., 1926.
RINDSKOPF. Deut. Med. Voch., 1893.
SICARD et FORESTIER cit. da GIORDANENGO.
TADDEI. *Semeiologia Fisica e Diagnostica Chirurgica generale e speciale*, vol. VI, Un. Tip. Ed. Torinese, 1928.
WHITE. British Medical Journal, 1899.
WUNDERLICH. Beitrage für Klinische Chirurgie, 1894.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE VITTORIO EMANUELE III - MATERA.
REPARTO MEDICO.

La febbre esantematica mediterranea in Lucania.

Dott. A. GUERRICCHIO, primario.

Il problema della così detta « febbre esantematica mediterranea » nei suoi aspetti clinici, etiopatogenetici, epidemiologici e sperimentali appassiona da qualche anno un numero sempre maggiore di studiosi di ogni paese. Una vasta mole di osservazioni e di ricerche si è venuta in poco tempo accumulando su questo argomento, ma i risultati delle indagini, condotte attualmente anche in Italia con grande fervore, non sono ancora così decisivi da eliminare alcune incognite che rendono tuttora incerta la stessa esistenza di questa forma morbosa come entità clinica autonoma.

Com'è noto, questa malattia fu per la prima volta individuata nel 1910 a Tunisi da Conor, Bruch e Hayat i quali la differenziarono clinicamente dal tifo esantematico e la descrissero col nome di « fièvre boutonneuse » abbozzandone anche lo studio sperimentale con tentativi di inoculazione alla scimmia. Le osserva-

zioni degli autori tunisini rimasero però completamente ignorate, così che fu senza conoscerle che il Carducci pubblicò nel 1920 sotto il nome di « febbre eruttiva » i suoi casi raccolti fra il 1910 e il 1920 a Roma, ove la forma morbosa era stata poco prima già notata dal Falcioni e fors'anche nel 1911 dal Bignami. Il Carducci delineò accuratamente il quadro clinico della malattia, isolandola dal tifo esantematico, senza poter esprimere peraltro alcun giudizio circa la sua etiologia e la sua vera natura. Nuovi casi furono poi segnalati, sempre a Roma, da Cesari, Filippella e Cavalletti, allievi del Carducci. Ma è con le osservazioni degli autori marsigliesi che lo studio di questa forma morbosa riceve un vigoroso impulso, e la sua conoscenza si diffonde e si impone all'attenzione dei ricercatori e dei medici pratici. A Marsiglia i primi casi furono descritti nel giugno 1925 da D. Olmer e nell'ottobre dello stesso anno Piéri e Brugeas ne completarono i lineamenti clinici, segnalando la presenza di una lesione cutanea persistente sotto forma di escara nerastra (« *tache noire* »). Negli anni seguenti numerosi altri casi furono ancora osservati a Marsiglia e riferiti da D. e da J. Olmer col nome di «febbre esantematica» e da Boinet e Piéri, ma la malattia è intanto riconosciuta e segnalata in altri punti del litorale mediterraneo, ed estende sempre più il suo dominio dal Marocco all'Algeria, dalla Spagna, al Portogallo, alla Rumenia, alla Grecia.

In Italia nel 1929 il Pecori pubblica uno studio di fondamentale importanza su numerosi casi osservati in Roma nel 1927 e 1928, identificandoli con quelli precedenti di Roma e di Marsiglia e descrivendoli diligentemente dal punto di vista clinico ed epidemiologico. Il Pecori propone per essi, per le ragioni che fra breve vedremo, il nome di « dermotifo benigno estivo non diffusibile ». Casi sporadici sono inoltre segnalati a Napoli da Castronuovo, alla Maddalena da La Terza, a Palermo da Cannavò, a Catania da Privitera, a Imola da Corinaldesi, a Genova da Agnoli e Magliano, Berri, Chiauzzi, Erede, a Treviso da Rubinato, a Fano da Caselli, a Firenze da Cappellini, in Libia da Gabbi, Mazzolani, Longo, Medulla e Nastasi.

Il quadro clinico è essenzialmente caratterizzato da uno stato infettivo più o meno grave e da un esantema maculo-papuloso. Dopo un periodo di incubazione di 4 o 6 giorni, l'inizio è in genere brusco, con temperatura che si eleva rapidamente a 39°-40° e anche più, accompagnata talvolta da brividi, dolori osteomuscolari ed articolari diffusi, profonda prostrazione. L'ammalato ha spesso il volto congesto, le congiuntive alquanto iniettate, la lingua impaniata, e si lagna di cefalea, insonnia, anoressia; frequenti i vomiti alimentari o biliari; non delirio, nessun disturbo del sensorio e del sistema nervoso. Fin dai primi giorni è spesso possibile rilevare su un punto qualsiasi della superficie cutanea una piccola lesione, costituita da un'escara nerastra rotondeggiante, di dimensioni variabili, persistente durante tutta la malattia.

Tra il terzo e il quarto giorno, e talora anche più tardi, si manifesta l'eruzione che s'inizia sul tronco e sugli arti ed invade rapidamente il resto del corpo, compreso il viso e, in modo affatto caratteristico, anche le palme delle mani e le piante dei piedi. L'esantema è costituito da elementi papulo-nodulari o da macule appena rilevate, non confluenti nè pruriginose, di grandezza variabile da un grano di miglio ad una lenticchia, di forma rotondeggiante, di colorito roseo o rosso vinoso, che non scompaiono completamente alla pressione e possono anche assumere, per quanto raramente, carattere emorragico, trasformandosi in petecchie. All'esantema si accompagna spesso un enantema ordinariamente molto fugace, consistente in arrossamento del faringe, lieve iniezione delle congiuntive, piccole macchie rosse sulla mucosa del velopendolo.

La febbre si mantiene alta e continua con lievi remissioni mattutine per 12 o 15 giorni, e cade poi per crisi o per lisi rapida; l'eruzione impallidisce per scomparire con la febbre, residuando talvolta una desquamazione furfuracea; l'escara nera si elimina lasciando una piccola ulcerazione che presto cicatrizza; lo stato generale migliora e il malato si avvia alla guarigione.

La malattia è di regola benigna e, salvo eccezioni, non dà luogo a complicanze nè a postumi; colpisce tutte le età, si osserva quasi esclusivamente in primavera o in estate, e si verifica specialmente negli ambienti rurali o in sobborghi poco puliti nelle vicinanze di centri urbani. Non è trasmissibile per contagio diretto, e sono quindi estremamente rari i casi verificatisi nella stessa famiglia o nella stessa abitazione.

Escluso il pidocchio per la sua irreperibilità sulla persona degli infermi e sui loro indumenti, e per l'esito costantemente negativo delle prove sperimentali dovute specialmente a Burnet, Durand e D. Olmer, il compito di trasmettere il virus è oggi concordemente attribuito ad una zecca (*Rhipicephalus sanguineus*) con la quale Durand e Conseil a Tunisi, Brumpt a Marsiglia, Reitano e Boncinelli a

Roma riprodussero sperimentalmente la malattia. Questi parassiti, usciti in primavera dallo stato larvale, vivono sulle piante fino ai primi calori dell'estate e si attaccano allora a cani, ovini, bovini, equini, e talvolta anche all'uomo. Si spiega così il carattere stagionale della malattia coincidente col ciclo vitale della zecca, ed il significato dell'escara necrotica (« *tache noire* ») che oltre a rappresentare il segno della puntura dell'insetto, costituisce, secondo le esperienze di Combiesco, la reazione cutanea alla inoculazione del virus, vera manifestazione iniziale del morbo.

Le ricerche di Durand e di Reitano e Boncinelli hanno dimostrato che il cane, nel quale l'infezione può svolgersi in modo inapparente, è certamente il serbatoio più importante del virus, ma non è da escludere che questa funzione abbiano le stesse zecche trasmettitrici (Blanc e Caminopetros) e fors'anche diversi altri animali domestici come il gatto, il coniglio (Joyeuz e J. Piéri), gli uccelli da cortile, il topo bianco (Durand e Laigret).

Questi fatti rappresentano il risultato delle più recenti indagini sperimentali e possono ritenersi ormai acquisiti, essendo su di essi quasi unanime l'accordo fra gli studiosi. Profonde sono invece le divergenze sul problema della natura del virus e della posizione nosografica della malattia nei rapporti col tifo esantematico e col gruppo d'infezioni che hanno con esso caratteri di stretta parentela. Due tesi si trovano tuttora in aperto dissenso: l'una, sostenuta fino a poco tempo fa dalla maggioranza degli autori, considera la febbre esantematica un'entità clinica indipendente prodotta da un virus diverso da quello del tifo petecchiale, l'altra ritiene invece unico il virus ed intimamente affini le due forme morbose. In realtà, numerosi sono gli argomenti clinici, epidemiologici e sperimentali che inducono a differenziare le due malattie: l'esantema papuloso e solo eccezionalmente emorragico, la presenza dell'escara necrotica iniziale, la costante benignità del decorso, l'assenza di stupore e di complicazioni nervose, l'assoluta non contagiosità, l'apparizione nell'estate, la trasmissione attraverso la zecca, sono tutti caratteri che indubbiamente contrastano con le ben note manifestazioni del dermotifo classico, malattia eminentemente contagiosa, con esantema nettamente maculoso, a ricorrenza invernale, di prognosi severa, trasmessa dal pidocchio. Se non che, come nota il Pecori, possono osservarsi forme lievi, benigne di tifo petecchiale non così nettamente distinguibili dal quadro clinico della febbre esantematica anche per i caratteri dell'eruzione che può essere talora prevalentemente papulosa.

D'altra parte, esiste negli Stati Uniti del Nord America una malattia eruttiva, endemica, benigna, estiva, clinicamente poco differenziabile dalla febbre esantematica, descritta da Brill, trasmessa dai ratti all'uomo a mezzo delle pulci, ormai universalmente riconosciuta come una forma attenuata di tifo petecchiale, così come se ne osserva un'altra del tutto simile trasmessa anch'essa dai parassiti del ratto nel Messico, ed un'altra analoga ne è stata recentemente descritta anche a Tolone negli equipaggi di navi da guerra.

Numerose prove di laboratorio appoggerebbero, inoltre, la concezione unicista. La siero-agglutinazione del Proteus X 19 (reazione di Weil-Felix) che, com'è noto, costituisce la prova diagnostica specifica del tifo petecchiale e delle sue forme attenuate, sembrava ai primi ricercatori solo eccezionalmente positiva nella febbre esantematica, ma è merito di D. Olmer e specialmente di Pecori aver dimostrato che, ricercata alla fine di questa malattia e durante la convalescenza con stipiti diversi del germe, risulta positiva in un'alta percentuale e, nelle mani di alcuni autori (Durand), anche nella totalità dei casi. Secondo le prime ricerche la cavia, animale sensibile al virus del tifo petecchiale, sarebbe invece refrattaria a quello della febbre esantematica; ma le esperienze ulteriori di Troisier e Cattan, di Caminopetros, di Brumpt, di Sampietro sono riuscite a provocare nella cavia con quest'ultimo virus oltre alla febbre anche la reazione infiammatoria a carico dello scroto, dei testicoli e delle loro tuniche che è, come è noto, caratteristica negli animali di laboratorio inoculati col virus del dermotifo. Del tutto recentemente, Reitano e Boncinelli hanno potuto, inoltre, provare che anche nella cavia e nel ratto l'infezione può svolgersi in modo inapparente. A ciò si aggiunga la presenza di Rickettsie accertata da Caminopetros, da Brumpt, da Reitano e Boncinelli nelle zecche, nella vaginale del testicolo, nel peritoneo e nella dura madre di cavie sperimentalmente infettate con virus di febbre esantematica. Reitano e Boncinelli sarebbero riusciti, infine, ad isolare dal sangue di un caso tipico di questa malattia le Rickettsie, e a coltivarle in uno speciale terreno di coltura studiato da Vernoni.

Esistono poi in diverse parti del mondo numerose forme morbose il cui quadro clinico è identico o poco dissimile da quello della febbre esantematica, come la febbre purpurea delle Montagne Rocciose, la febbre fluviale del

Giappone, ed altre ancora in India, in Australia, in Africa. Nessuna di esse viene trasmessa dal pidocchio, bensì da zecche o da pulci o da acari parassiti di roditori; in quasi tutte la Weil - Felix è positiva, e in molte sono state riscontrate le Rickettsie.

Questo complesso di fatti e di osservazioni induce quindi a ritenere che debba verosimilmente trattarsi di malattie appartenenti alla stessa famiglia, derivanti da un unico virus originario e cioè dal virus petecchiale. Secondo questa suggestiva ipotesi di cui il Pecori è stato in Italia il primo ed è tuttora il più strenuo e il più autorevole sostenitore, la diversità dei caratteri clinici è sufficientemente spiegata dagli adattamenti e dalle variazioni biologiche che il virus ha dovuto subire attraverso i secoli nel passaggio in ospiti e vettori differenti, in disparate condizioni di luogo, di clima e di razze.

La prova sperimentale decisiva di questa sostanziale identità etiologica del tifo petecchiale e della febbre esantematica è però fino ad oggi mancata, essendo rimasti costantemente negativi i saggi di immunità crociata; la questione deve perciò considerarsi tuttora aperta, per quanto la maggioranza degli studiosi vada ormai orientandosi verso la concezione unicista, come risulta anche dal voto espresso nel recentissimo Congresso di Igiene mediterranea di Marsiglia.

Dal punto di vista profilattico, non è chi non veda la grande importanza pratica della questione, poichè, ammettendo l'origine petecchiale della febbre esantematica, nulla esclude che, verificandosi idonee condizioni, il virus possa riprendere l'antica virulenza. E' opportuno quindi, anche per questa ragione, richiamare l'attenzione del medico pratico su questa malattia e sulla necessità di averne buona conoscenza clinica ed epidemiologica.

Per contribuire allo studio della distribuzione geografica della febbre esantematica in Italia, pubblico i tre casi seguenti a me occorsi nell'anno 1932, essendo essi i primi osservati nella regione Lucana.

CASO I. — Tat. Michele, di anni 41, contadino, da Matera. Nulla di notevole nei precedenti ereditari e famigliari. Malaria alcuni anni or sono. Nega lue e malattie veneree.

La sera del 23 giugno 1932 cominciò ad avvertire brividi ripetuti, dolori trafittivi agli arti inferiori e alla regione lombare, cefalea, senso di prostrazione. Messosi a letto, i brividi si fecero più intensi e sopraggiunse febbre elevata che lo tenne agitato ed insonne tutta la notte. La febbre, i dolori, l'agitazione si protrassero invariati per i tre giorni successivi, malgrado l'ingestione di numerose compresse di chinina, quando cominciarono ad apparire dapprima sul ventre e poi sul viso e sugli arti numerose macchie rosse che lo decisero a chiamare un medico.

Il quinto giorno di malattia il malato presentava all'esame obbiettivo viso congesto, congiuntive notevolmente iniettate, lingua patinosa ed asciutta, faringe arrossata, cute calda ed arida, temperatura 39°,7, polso frequente (110).

Su tutta la superficie del corpo si rileva la presenza di numerosissime papule di forma rotondeggiante, di grandezza variabile da quella di una lenticchia a quella di un pisello, di colorito rosso cianotico, separate fra loro da cute integra, che impallidiscono senza scomparire alla pressione. L'eruzione non è pruriginosa ed è più fitta al dorso, alle natiche ed alle coscie, senza risparmiare il viso, la palma delle mani, le piante dei piedi ed il cuoio capelluto.

Esaminando attentamente l'esantema, si nota alla fossetta del giugulo una lesione necrotica grande poco più di una lenticchia su cui aderisce una crosta nerastra. Interrogato, l'infermo riferisce che in quel punto quattro giorni prima di ammalarsi gli si attaccò una zecca che egli si fece estirpare dalla moglie.

Nulla di patologico a carico degli organi toracici ed addominali, ove si eccettui una milza palpabile e dura. Sensorio lucido, sistema nervoso integro. L'infermo si lagna di inappetenza, di grande debolezza, di dolori insistenti alle articolazioni, di grave insonnia.

La febbre si mantenne stazionaria per altri 9 giorni, rimettendo il mattino fino a 38°,5, toccando la sera un massimo di 39°,7; andò poi progressivamente diminuendo per cessare del tutto al 17° giorno di malattia. L'esantema presentò nell'acme del decorso, specialmente agli arti inferiori ed alle natiche, qualche papula di colore rosso-vinoso e qualche altra chiaramente emorragica, ma cominciò ad impallidire col diminuire della febbre per scomparire con questa completamente senza desquamazione. La crosta nerastra cadde dalla lesione rilevata alla fossetta giugulare dopo alcuni altri giorni, lasciando una piccola cicatrice superficiale. Le condizioni generali andarono poi migliorando piuttosto stentatamente, per la persistenza di profonda astenia che rese lunga la convalescenza.

All'esame del sangue trovammo una forma leucocitaria pressochè normale, tranne una lieve eosinofilia (7 %), assenza di parassiti malarici. Negativa la siero-agglutinazione per tifo, paratifi A e B, melitense, Bang, praticata all'ottava giornata di malattia. La prova di Weil-Felix eseguita con stipite di Proteus X 19 ricevuto dall'Istituto Sieroterapico Milanese, fu negativa dopo 10 e 32 giorni dall'avvenuta guarigione.

CASO II. — Gau. Emanuele, di anni 48, contadino, da Matera. Nulla di rilevante nell'anamnesi eredo-familiare e personale, ove si eccettui un'infezione malarica recidivante, irregolarmente curata con chinina.

Il giorno 22 agosto 1932 fu costretto a mettersi a letto perchè improvvisamente colpito da forti brividi, violenti dolori alle gambe, invincibile senso di malessere. Seguì quindi aumento di temperatura che, controllata col termometro, raggiunse rapidamente 41 gradi, inducen-

do i famigliari a chiedere subito l'aiuto del medico.

Obbiettivamente il malato non presentava che i pochi segni iniziali di una malattia infettiva acuta e cioè notevole rossore del faringe, lingua impaniata, vivace dolorabilità dei bulbi oculari e delle masse muscolari, polso molto frequente, senza che fosse possibile rilevare alcunchè di patologico all'esame degli organi interni. Se non che, dopo tre giorni di febbre scarsamente oscillante intorno a 40°, cominciarono ad apparire, prima sul dorso e poi sugli arti, numerose macchie che invasero in circa 24 ore il resto del corpo, compreso il viso, le palme delle mani e le piante dei piedi. Le macule si presentavano scarsamente rilevate sul piano della cute, di colorito roseo, uniformemente grandi quanto una lenticchia, non erano dolenti nè pruriginose, non tendevano a confluire, scomparivano incompletamente alla pressione. Si era inoltre manifestata intensa iperemia congiuntivale, e sembrava più marcato l'arrossimento del velopendolo e delle tonsille. Le condizioni generali del malato si facevano intanto abbastanza serie per un notevole grado di depressione cardio-vascolare aggravata da invincibile anoressia, insonnia, dolori articolari diffusi. Sensorio perfettamente lucido, nessun sintomo a carico del sistema nervoso.

Nelle urine tracce di albumina. Nel sangue il 74 % di neutrofili, parassiti malarici assenti, negativa l'agglutinazione per tifo, paratifi, melitense, Bang.

Alla faccia anteriore del terzo superiore dell'avambraccio destro riusciamo a rilevare la presenza di una crosta nerastra rotondeggiante aderente alla cute, della grandezza di una lenticchia, circondata da alone infiammatorio.

Ripetutamente interrogato, l'infermo ammette di aver ritrovate delle zecche sui suoi indumenti alcuni giorni prima di ammalarsi, ma di non averci fatto caso, essendo questa un'evenienza assai frequente durante i lavori agricoli della stagione estiva. Riferisce di ricordare che spesso, anche negli anni precedenti, gli è accaduto di esser punto dai parassiti che ha dovuto talvolta estirpare dai punti ove si erano attaccati. Non sa spiegarsi la lesione dell'avambraccio di cui non si era peraltro affatto accorto.

Nei giorni seguenti la febbre andò rimettendo sempre più nelle ore del mattino, finchè il 3 settembre cadde completamente quasi per crisi. L'esantema incominciò ad impallidire ad iniziale defervescenza febbrile, fino a scomparire del tutto senza desquamazione. L'escara fu eliminata quasi contemporaneamente, lasciando una piccola e fugace cicatrice superficiale. Verso il 10 settembre l'infermo potè, completamente ristabilito, riprendere il suo lavoro.

La reazione di Weil-Felix praticata col ceppo di Proteus X 19 coltivato nel laboratorio dell'Ospedale, proveniente dall'Istituto Sieroterapico Milanese, fu negativa sul siero del sangue prelevato il 10° giorno di malattia, il 5° e il 15° giorno dopo lo sfebbramento.

CASO III. — Stef. Angiolina, di anni 12, contadina, da Matera. Gentilizio negativo. Morbillo a due anni, scarlattina a 6, varicella 2 anni or sono. In primavera malaria energicamente curata.

Il mattino del 17 settembre 1932 comincia a lagnarsi di dolori alle articolazioni e la sera è colta da brividi e da febbre elevata che persiste nei giorni seguenti, accompagnandosi con cefalea, inappetenza, agitazione. In quarta giornata sopraggiunge epistassi, tosse, tendenza alla diarrea, ed appaiono al tronco ed agli arti inferiori numerose macchie rossastre.

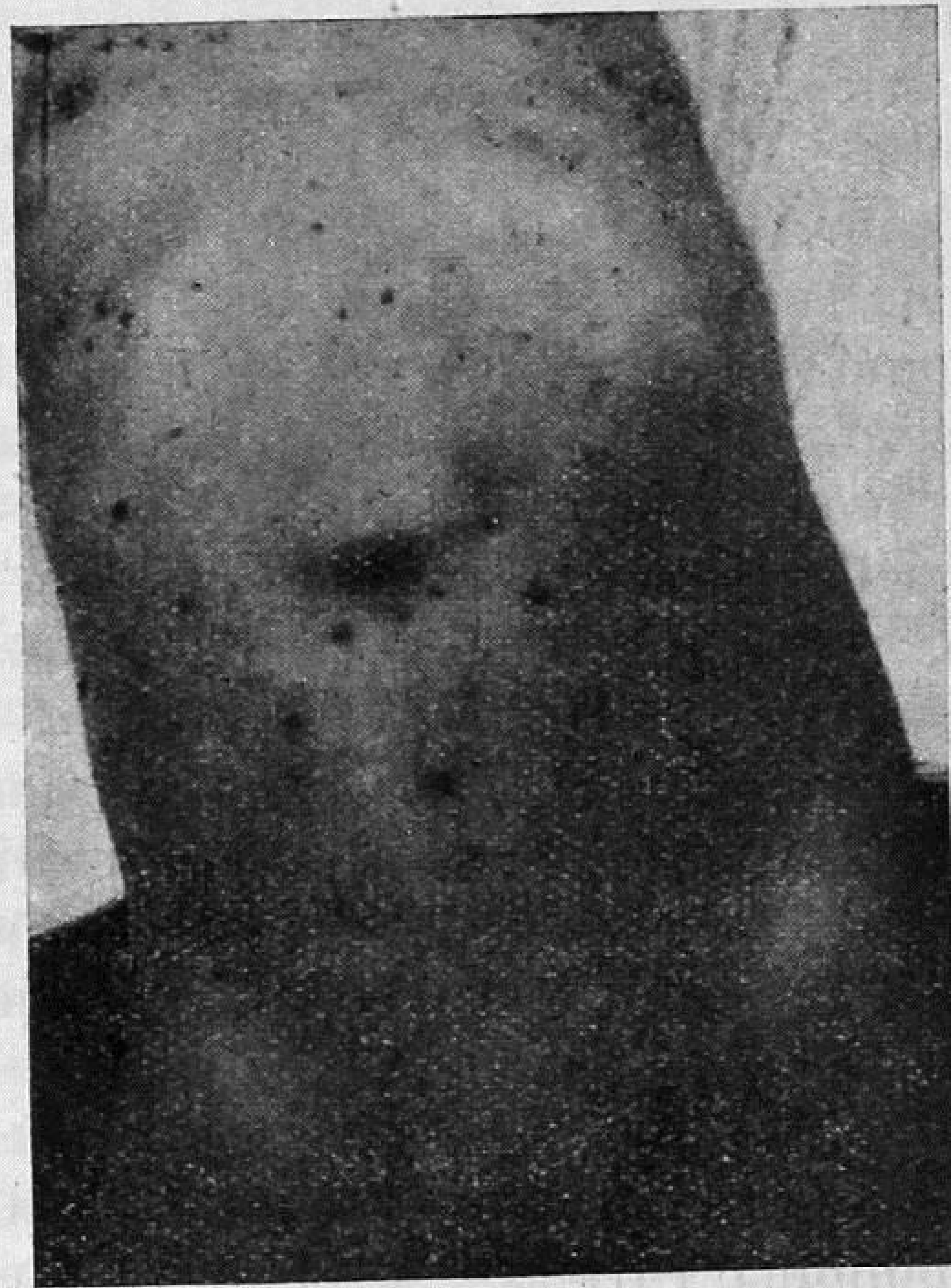
L'inferma è vista da noi il 6° giorno di malattia. Si presenta abbattuta, in uno stato di lieve stupore, con congiuntive alquanto iniettate, lingua patinosa, tonsille tumefatte ed arrossite. La cute è sede di un'eruzione non pruriginosa, costituita da numerosissime papule variabili di grandezza da quella di un grano di miglio ad una lenticchia, non confluenti, più fitte sull'addome e sulle coscie; qualcuna se ne rileva anche sul viso, sulle palme delle mani e sulle piante dei piedi.

All'esame degli organi interni si nota bronchite diffusa, milza palpabile a tre dita dall'arcata costale. Nulla a carico del sistema nervoso, temperatura 39°,8, polso frequente (120).

Interrogati, i famigliari non sanno se la ragazza sia stata punta da zecche, però non possono escluderlo per la facilità con cui affermano di trovare questi parassiti sulle erbe, sugli animali da lavoro e talvolta sulle loro stesse persone.

Nei giorni seguenti persiste l'alta febbre con massimi serotini di 39°,5-40° e remissioni mattutine fino ad un minimo di 38°, lo stato generale peggiora, continua la diarrea e la tosse, gli alimenti sono rifiutati.

L'aspetto dell'esantema va intanto trasformandosi, poichè, specialmente sull'addome, numerose papule assumono un colorito sempre più fosco fino a trasformarsi in vere petecchie. All'ottavo



giorno di malattia l'aspetto dell'eruzione è quale risulta dalla figura.

La febbre comincia verso il dodicesimo giorno a diminuire, ed in sedicesima giornata cessa del tutto; l'esantema sbiadisce, le papule non emorragiche scompaiono completamente senza desquamazione, le petecchie ingialliscono e lasciano macchioline pigmentate ancora visibili in avanzata convalescenza.

Non fu possibile scoprire in nessuna parte del corpo presenza di escara necrotica.

Nelle urine trovammo costantemente tracce di albumina.

Per l'opposizione dei famigliari, non ci riuscì di prelevare il sangue se non una sola volta in tre-

dicesima giornata di malattia. L'agglutinazione per il tifo, i paratifi, la melitense, il Bang fu negativa. Negativa la Weil-Felix col ceppo di Proteus esistente nel laboratorio dell'Ospedale.

In questi tre casi il quadro clinico ha presentato manifestazioni fondamentali identiche per le quali è forse superfluo indugiarsi in una lunga discussione diagnostica differenziale. Il modo d'insorgere della febbre, il corteo dei sintomi che l'accompagnano, e, sopratutto, l'aspetto e la localizzazione dell'esantema, costituiscono, infatti, un insieme di caratteri dai quali risulta nettamente delineata nei suoi tratti essenziali la fisionomia clinica della forma morbosa.

L'esantema, costituito in tutti e tre i casi da elementi papulosi più o meno rilevati, ha verso gli ultimi giorni di malattia assunto nel terzo caso un carattere francamente emorragico, a conferma di quanto il Pecori va affermando circa l'inesistenza di limiti netti e l'insostenibilità di artificiali e sottili distinzioni fra le manifestazioni cliniche della febbre esantematica e quelle del tifo petecchiale e, specialmente, della sua forma attenuata (morbo di Brill).

Nei primi due casi abbiamo potuto accertare l'esistenza della lesione necrotica iniziale che nel primo infermo deve, per le precise notizie anamnestiche, con assoluta certezza attribuirsi alla puntura d'una zecca. A tal proposito riteniamo impropria la denominazione di *tache noire* dei francesi, poichè non si tratta affatto di una *macchia*, bensì di una vera piccola lesione coperta di escara.

Dal punto di vista epidemiologico, osserveremo che tutti e tre gli infermi vivono in ambienti nei quali la presenza di zecche è, direi quasi, obbligatoria. Abbiamo potuto facilmente farne raccogliere sui muli appartenenti ai malati, ed alcuni esemplari ne inviammo nel settembre dello scorso anno al Professor Giuseppe Franchini, direttore della Scuola di Patologia Coloniale dell'Università di Modena, il quale, come ebbe cortesemente a comunicarci, riconobbe trattarsi della specie *Rhipicephalus sanguineus*. Questi parassiti vivono sulle erbe, in primavera si attaccano agli animali domestici, e qui a Matera è facile trovarli sotto la coda o sul perineo di cavalli e di muli; essi sono ben conosciuti dai nostri contadini che spesso li rinvengono sui propri indumenti e ne subiscono talvolta la puntura senza preoccuparsene gran che.

Nessuno dei nostri infermi ha mai avuto cani in casa nè in campagna, tutti posseggono invece un mulo che abbiamo riscontrato infestato da zecche e col quale, secondo il costume della maggioranza dei contadini di Matera, vivono e dormono nello stesso abituro. Crediamo quindi giustificato il sospetto che il mulo possa, almeno qui da noi, costituire un importante serbatoio di virus.

Per quanto riguarda l'esito della prova di Weil-Felix, che, come abbiamo riferito, è stato negativo in tutti i nostri malati, riconosciamo che non è possibile dedurne alcuna conclusione, avendo praticata la reazione con l'unico stipite di Proteus a nostra disposizione.

RIASSUNTO.

L'A., riassunto lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla malattia, descrive tre casi di febbre esantematica mediterranea osservati a Matera (Lucania). I casi sono i primi segnalati in questa Regione, ove l'A. crede che anche il mulo costituisca un importante serbatoio del virus.

BIBLIOGRAFIA.

Notizie bibliografiche complete si trovano nella monografia di D. e J. OLMER: *Fièvre Boutonneuse*. Masson, Paris, 1933, e nella rivista di U. REITANO: *Le attuali conoscenze sulle malattie del gruppo tifo esantematico*. Bollettino dell'Istituto Sieroterapico Milanese, fascicolo III, marzo 1933.

RILIEVI E COMMENTI.

A proposito di "sindromi adiposo-genitali e aumento di pressione endocranica„.

Prof. TOMMASO LUCHERINI - Roma

Premetto che non intendo assolutamente dare a questa mia nota in risposta all'articolo del prof. Nuvoli (« Sindromi adiposo-genitali e aumento di pressione endocranica »), comparso nel numero 27 della Sez. Prat. del *Policlinico*, alcun significato polemico. Voglio soltanto cogliere l'occasione in seguito alla lettura della sua pubblicazione, di fare brevi rilievi, senza disquisizioni dottrinali, intorno a quanto il Nuvoli scrive in riferimento al recente mio lavoro: « Distrofia adiposo-genitale famigliare ed alterazioni craniche », comparso sulla Sez. Med. del *Policlinico*, gennaio 1933.

Le interessanti osservazioni tratte dallo studio di nove casi di sindromi adiposo-genitali fanno cogliere al Nuvoli l'occasione di citare largamente il mio recente lavoro e nello stesso tempo di esprimersi contrariamente ad un punto di vista da me affacciato nella discussione e nella interpretazione dei miei casi. Egli in base ai rilievi Roentgenografici del cranio da me illustrati afferma senz'altro che questi rappresentano i segni radiologici classici dell'aumentata pressione endocranica. Io stesso a tale proposito ho scritto nel mio lavoro, come prima cosa, che « se dobbiamo attenerci ai classici schemi radiologici, lo studio dei miei radiogrammi fa rilevare presenza di note di aumentata pressione (impressioni digitate, deformità della sella turcica, accentuazione del sistema lacunare diploico, ecc.) ». Però lo studio attento e prolungato del caso mi ha fatto con ogni riserva sollevare legittimamente dei dubbi, che, si capisce, non potevano essere sicuramente risolti, ma in base ai quali era lecito prospettarsi per amore di discussione delle ipotesi diagnostiche « più o meno verosimili ». Ed i dubbi derivavano: in primo luogo dall'assoluta sconcordanza fra i presunti segni di aumentata pressione e l'assenza di ogni relativo sintomo clinico generale. Ed è bene far notare che non solo nel periodo della degenza, ma anche nel passato (accuratamente investigato anche presso la famiglia), il paziente non ha mai avuto alcun minimo segno che potesse essere riferibile a processi, anche se lenti e lievi, di aumentata pressione endocranica.

Ora per quanto si voglia supporre che il processo possa essersi svolto attraverso un tempo lunghissimo, appare assai strano non trovare nella storia del paziente che ha sempre lavorato, non dico tutti, ma qualche sintomo di aumentata pressione. Egli non ha mai sofferto di cefalea, vomito, torpore psichico ecc.; e per di più non ha mai presentato e non presenta alcun deficit fisico e mentale ed i suoi dati craniometrici sono normali. E che dire, sempre a proposito dell'ipertensione, della negatività dell'esame oftalmoscopico? E che dire della sconcordanza fra la gravità non comune delle impressioni digitate insieme all'aumento della circolazione diploica e la assenza della diastasi delle suture? La spiegazione data dal Nuvoli nel senso che la diastasi delle suture sarà tanto più marcata quanto più elevata e rapida è l'insorgenza dell'ipertensione arteriosa e tanto più piccola quanto la pressione interna è scarsa e continua, sino a determinare, se il processo duri a lungo, uno stimolo alla proliferazione ossea, anche se teoricamente plausibile, non mi sembra, si capisce, per il mio caso eccessivamente convincente, anzitutto perchè non può risultare nel mio paziente con sicurezza l'epoca, la durata e la entità della presunta ipertensione endocranica; e poi perchè, come ho già detto, nessuna modificazione morfologica del cranio (ammettendo che il processo possa essere incominciato nell'età giovanile) legittima la eventualità di una precoce proliferazione ossea delle suture. Non sono d'accordo con il Nuvoli nel dare importanza al modestissimo aumento della pressione del liquor riscontrato nel mio caso (al Claude 42 cmc. di H_2O), per la ragione che il malato era in posizione seduta, ma sopratutto perchè durante tutta la ricerca era in tale stato di agitazione e di emotività che tutti i muscoli erano ipertonici, per cui non potrei con sicurezza assoluta dare a tale cifra (dato che la pressione normale del liquor in posizione seduta oscilla tra 25-30) una particolare e decisiva importanza. D'altra parte, ammettendo pure che la cifra di 42 rappresentasse la vera espressione di un aumento di pressione endocranica, è assai strano che a tale aumento contrastava, come ripeto, una completa quiescenza di ogni sintomo clinico generale. Anche se si invoca l'eventuale lungo periodo di durata del processo endocranico, anche se si deve ammettere il periodo di « compenso e di adattamento », è mai possibile che clinicamente vi sia sempre stato e vi sia tuttora l'assenza di ogni segno clinico generale? Ma non è tutto qui il problema. Quel che interessa nel mio caso e rende più incerta la soluzione è il carattere famigliare non solo del-

la distrofia adiposo-genitale (un fratello e due sorelle), ma anche delle discusse alterazioni craniche. Nel mio lavoro riferisco che anche la sorella Valeria, pure affetta da distrofia adiposo-genitale, presenta note radiologiche del cranio meno accentuate, ma simili a quelle del fratello; e come questi anche essa, che è più giovane di età (16 anni), non presenta alcuna minima nota clinica di aumentata pressione, nè passata, nè presente; nè alcun deficit fisico e mentale. A rendere soprattutto ancora più incerta e sconcordante la interpretazione delle alterazioni craniche (sempre nei riguardi dei rapporti fra queste e la sindrome genitale), vi è il fatto che la sorella Maria, la più grande di età, (anni 25) che, pure essendo affetta da grave sindrome adiposo-genitale (pesa 109,800 kg. ed è alta m. 1,56), non presenta, studiata radiologicamente in tutte le proiezioni, alcuna particolare alterazione cranica. Questo rilievo, per quanto possa prestarsi a spiegazioni più o meno convincenti, non chiarifica certo la questione e neppure (dico questo ai fini della discussione serena) giova a confermare, sulla scorta dei dati radiologici, l'ipotesi patogenetica affermata da Nuvoli che cioè la iperpressione endocranica possa essere la causa principale della distrofia adiposo-genitale.

E come conciliare nei miei casi la presenza dei segni radiografici di ipertensione endocranica con le note acromegaloidi, di cui non fa accenno il Nuvoli, presenti tanto nel cranio della sorella Valeria (prognatismo accentuato) quanto in quello del fratello (protuberanza occipitale esterna ingrossata, seni frontali e facciali abnormemente sviluppati e pneumatizzati)?

Si potrà dire che tali note possono essere secondarie ai patimenti dell'ipofisi in seguito ai fenomeni ipertensivi; ma tale spiegazione su quale dato sicuro è basata? E come negare una qualche considerazione al rilievo del tasso calcemico alto nel mio caso (140 ‰), anche se una sola determinazione non possa offrire un criterio di giudizio assoluto? Possono quindi i miei casi proprio identificarsi con quelli studiati e descritti dal Nuvoli in adolescenti dai 10 ai 17 anni? Siamo sempre nel campo delle ipotesi e non è facile dare una spiegazione o un giudizio di sicura certezza. Quante volte ad es. si rimane colpiti di fronte a radiogrammi cranici, incidentalmente fatti, che presentano tipiche note di aumentata pressione, senza poi che in alcun modo siano presenti i relativi segni oculari, umorali e clinici in pazienti in ottime condizioni fisiche e psichiche e senza deficit nervosi e con misure craniometriche normali?

Ora prima di terminare non posso lasciar passare senza risposta l'opinione di Nuvoli intorno all'interpretazione da lui data alle due areole chiare nella regione frontale rilevate nel cranio del fratello Pietro. Io non posso in verità condividere la sua opinione che esse possono trattarsi di granulazioni del Pacchioni, anzitutto per la loro sede (un po' troppo basse), ma specialmente perchè hanno una forma, una grandezza ed una particolarità tali che mi pare giustificato interpretarle come ernie cerebrali. A questo proposito mi permetto dire che ho anche il conforto della conferma di illustri clinici e radiologi, ai quali ho avuto occasione di mostrare le films. Io ritengo che alla personale interpretazione di Nuvoli, per quanto, come giustamente egli dice, data in base alla visione dei radiogrammi riportati nella stampa, non sia estraneo il fatto di non aver richiesto per la migliore osservazione, i documenti radiografici originali. E così pure a me risulta tutt'altro che comune e frequente l'aspetto pneumatizzato al livello del vertice, tanto più che nel mio caso il punto pneumatizzato della teca cranica presenta una particolare, ampia e notevolissima accentuazione. Naturalmente poi l'importanza di quest'ultimo dato deve essere conglobata con il rilievo di tutti gli altri dati Roentgenografici. Per concludere, io di fronte ai motivi sopra esposti, pur non avendo escluso nel mio lavoro in via assoluta la possibilità che possa trattarsi di una sindrome cranica ipertensiva, non ho creduto di « pronunciarmi sulla precisa natura ed interpretazione delle alterazioni craniche » (sono parole del mio lavoro); e dirò che sopratutto l'indagine clinica, prima che l'indagine radiologica, mi hanno indotto ad essere necessariamente prudente. L'avere enunciato fra le altre, in via interrogativa, l'ipotesi (più o meno verosimile) dell'osteodistrofia familiare di probabile origine endocrinopatica, anche se non può certo per svariati motivi essere rigorosamente documentabile ed accettabile, non è secondo me cosa ingiustificata. Tanto più che anche insigni Maestri (Prof. Frugoni, Prof. Antonelli) in occasione della comunicazione da me fatta di questi casi all'Accademia Lancisiana nel novembre u. s., presero la parola ed affermarono che l'ipotesi dell'osteodistrofia poteva essere la più verosimile. Fra i vari fattori che influiscono sui processi fisiologici dell'osso, si sa che non vi sono soltanto i fattori meccanici, circolatori, nervosi, ma anche gli umorali endocrini; e quindi non mi è

sembrato inutile, ai fini della discussione differenziale ed interpretativa, affacciare fra le altre ipotesi anche quella di una forma osteodistrofica. Io in ogni modo sono grato all'amico Nuvoli per avermi messo nelle condizioni di tornare brevemente sopra un argomento tanto importante e intorno a cui ci dobbiamo augurare possa essere fatta con la massima sicurezza scientifica luce completa.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Il cancro dell'esofago.

(W. WATSON. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, maggio 1933).

L'A. ha compiuto uno studio statistico su 506 casi di cancro esofageo ricoverati nel Memorial Hospital di New York durante un periodo di tredici anni, dal 1918 al 1931.

Il cancro dell'esofago rappresenta il 2,5 % di tutti i casi di tumore maligno ricoverati nel Memorial Hospital e il 3,38 % delle morti per cancro verificatesi a New York nel 1931. Il sesso più colpito è il maschile con una percentuale di circa l'85 %. L'età in cui si è manifestato più frequentemente è intorno ai 55 anni, mentre il caso più giovane contava 35 anni e il più anziano 80. Il cancro dell'esofago viene diviso in tre gruppi a seconda che sia localizzato nel terzo superiore, nel medio o nell'inferiore; quest'ultima localizzazione è la più frequente, comprendendo il 54 % di tutti i casi. Anche per l'aspetto macroscopico si può fare una divisione in tre tipi: 1° tipo, proliferante; 2° tipo, ulcerativo; 3° tipo, infiltrante, scirroso.

L'autopsia completa fu potuta praticare in soli 27 casi. In tredici di questi non fu potuta svelare l'esistenza di metastasi, mentre in altri dodici casi era evidente l'invasione dei gangli linfatici prossimiori. In sette casi il processo si estendeva ai bronchi e alla trachea, in due casi all'aorta. L'obitus fu dovuto in tredici casi a polmonite, in quattro a emorragia, in tre a peritonite; per gli altri sette casi: a inanizione, asfissia, carcinosi generalizzata.

Dal punto di vista etiologico l'A. dà molta importanza alla sepsi orale e alla cattiva funzionalità della dentatura; minore importanza hanno l'uso di alcoolici e di alimenti piccanti. Tutti questi agenti irritanti produrrebbero spasmo esofageo, esofagite, ulcerazione sulla quale si svilupperebbe poi la lesione neoplastica. Anche un violento trauma psichico potrebbe dare origine alla medesima concatenazione morbosa.

Essendo l'esofago sprovvisto di fibre nervose sensitive proprie, si comprende come l'inizio dell'affezione sia subdolo e la diagnosi, in genere, tardiva. Il sintomo che conduce il p. dal medico è la disfagia permanente; il dolore retrosternale e al dorso insorge ulteriormente e dimostra l'invasione del mediastino; frequentemente si ha « foetor ex ore ».

Per la tempestività della diagnosi e per stabilire il genere di trattamento sono assolutamente necessari l'esofagoscopia e l'esame radiologico (radioscopia e radiografia). Sarà possibile, in questa maniera, precisare la sede, la forma, il contorno della lesione, le dimensioni e la forma del lume esofago al disopra e al disotto della lesione, la presenza di fistole e di complicazioni polmonari.

Il trattamento chirurgico dà buoni risultati nelle forme cervicali. L'esofago viene resecato e la continuità ristabilita con plastica cutanea. La mortalità non è alta e la sopravvivenza varia da tre a diciotto mesi. Due casi sono ancora viventi rispettivamente un anno e nove anni dopo l'intervento. Il trattamento chirurgico del cancro della porzione sottodiaframmatica dell'esofago non dà risultati brillanti. In quanto alle forme a localizzazione intratoracica Torek, nel 1913, ne pubblicò un caso trattato con la resezione e con sopravvivenza di tredici anni, ma i risultati ulteriori sono stati così poco incoraggianti che l'A. tende a considerare queste forme, salvo rare eccezioni, come, inoperabili e da assoggettarsi al trattamento palliativo. Questo consiste nella gastrostomia, che libera il p. dalla disfagia e permette di migliorarne le condizioni generali, e nella radioterapia che viene praticata attraverso quattro porte d'entrata in modo che le radiazioni s'incrocino a livello della neoplasia. In settanta casi così trattati, la sopravvivenza è stata in media di circa sei mesi dopo la fine del trattamento.

Data la malignità dell'affezione e la relativa impotenza della terapia, l'A. preconizza a titolo profilattico, l'eliminazione delle cause irritative sopra elencate e conclude che il trattamento sarà, in genere, quello palliativo; si riserverà il chirurgico ai casi favorevoli venuti all'osservazione precocemente; i casi di guarigione rimangono, per ora, una rarità.

L. FERRETTI.

Un caso di actinomicosi primaria dello stomaco.

(ALEXANDER W. BLAIN. *The Journal of the Am. Med. Ass.*, n. 3, 21 gennaio 1933).

L'A. dopo avere fatto rilevare che non tutti i casi di actinomicosi primaria dello stomaco, riportati nella letteratura, abbiano il diritto di essere considerati effettivamente tali, ne riferisce uno di sua osservazione.

Trattasi di un individuo ospedalizzato per eruttazioni, stitichezza, dolori epigastrici insorgenti un'ora dopo i pasti e lieve dolenzia alla pressione profonda sottoxifoidea.

Credendo trattarsi di un'ulcera gastrica cro-

nica, si interviene e alla laparotomia si rileva una massa a carico della grande curvatura e della parete posteriore. Si esegue una gastrectomia sub-totale. Dopo 2 mesi rivisto l'ammalato si fa diagnosi di ascesso subfrenico o epatico, ed alla laparotomia esplorativa si scoprono dei noduli nel fegato.

Dopo 4 mesi il paz. si ripresenta con diarrea, debolezza, cachessia ed anemia secondaria. Viene a morte dopo 2 giorni.

Il reperto microscopico di sezioni di fegato fa porre la diagnosi di actinomicosi epatica mentre nello stomaco il reperto batteriologico è negativo. Però la rassomiglianza perfetta tra reazione gastrica ed epatica, dimostra che anche i disturbi e le lesioni dello stomaco si debbono imputare all'Actinomices. Difatti ad un esame accurato dei preparati di tessuto gastrico fu possibile identificare il fungo dell'Actinomices. SCANDURRA.

La resezione gastrica.

(EDWARD C. EMERSON e LADISLAUS CZIRER. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, maggio 1933).

Gli AA. comunicano una statistica sui risultati definitivi di 2.400 resezioni gastriche consecutive, eseguite nella Prima Clinica Chirurgica di Budapest diretta da T. Verebely. In 1500 casi si trattava di ulcera, in 900 di tumore maligno. Dei casi di ulcera, nel 78.7 % si trattava di uomini, nel 21.3 % di donne. Riguardo la localizzazione furono riscontrate ulcere duodenali nel 34.9 % dei casi, ulcere piloriche nel 32.3 %, ulcere della piccola curvatura nel 15.9 %; nel 4.1 % dei casi furono riscontrate lesioni multiple. Riguardo l'età il 29.9 % si verificò fra i trenta e i quarant'anni, il 27.3 % fra i quaranta e i cinquanta, il 17.2 % fra i cinquanta e i sessanta, 6.3 % al di sopra di sessant'anni e 1.4 % fra i dieci e i venti.

L'ulcera gastrica e duodenale viene sistematicamente trattata, nella Prima Clinica Chirurgica di Budapest, con la resezione. Con tale trattamento si è potuto constatare di aver praticato un intervento corretto e tempestivo in casi di tumore maligno iniziale, non diagnosticati. In un'altra statistica, comprendente 530 pazienti, furono riscontrati 47 casi, ossia il 9 % di carcinoma, sviluppatosi su ulcera callosa.

La tecnica seguita da Verebely è un derivato della resezione secondo Billroth II. Viene impiegata l'anestesia locale, integrata con l'anestesia degli splancnici, o la rachianestesia. La sezione dello stomaco viene praticata tra due file di punti metallici applicati con uno speciale gastrostato. I punto metallici rimasti sul moncone gastrico vengono eliminati, senza alcun inconveniente, in due o tre settimane. La mortalità è del 4.8 % comprendente gli interventi d'urgenza e per cancro. Per la sola ulcera peptica, operata a freddo, la mortalità è ridotta al 0.5 %.

Quanto ai risultati definitivi questi sono stati ottimi nel 90 % dei casi, discreti nell'8.5 %, cattivi nell'1.5 %. L. FERRETTI.

Sulle cause e l'essenza dell'appendicite.

(A. KRECKE. *Münchener medizinische Wochenschrift*, n. 8, 24 febbraio 1933).

L'A, a riepilogo di una vasta esperienza di clinico e di operatore, viene a considerazioni di grande importanza sull'etiopatogenesi dell'appendicite, malattia una volta rara, attualmente frequente e spesso molto grave, per cui è necessaria tutta la diligenza e l'oculatezza e del medico e del chirurgo. Cerca perciò di indagare le cause di questa aumentata frequenza, della sua gravità, perchè talora in poche ore si ha la gangrena dell'appendice, quale l'importanza etiologica del fattore infettivo, dell'alimentazione, dell'ereditarietà, dei corpi estranei: quesiti a cui cerca rispondere passando in rassegna le diverse teorie patogenetiche.

Certo la teoria infettiva, che ha per lungo tempo dominato e domina tuttora l'etiogenesi della malattia, trova validi appoggi nelle particolari condizioni anatomiche dell'appendice, nei reperti che quotidianamente il chirurgo osserva all'atto operativo. Il disaccordo tra gli autori si manifesta quando si tratta di stabilire quali germi sono che determinano il processo infiammatorio e mentre alcuni incriminano i comuni germi intestinali, che in determinate circostanze si virulentano, Hilgermann e Pohl, in seguito a ricerche metodicamente condotte su 320 casi di appendicite, hanno concluso che sono in causa batteri suppurativi e massimamente streptococchi e stafilococchi. Hanno riscontrata inoltre corrispondenza completa tra la flora batterica delle tonsille e quella dell'appendice ammalata, dimodochè questa rappresenta un'infiammazione metastatica, che dalla faringe per via enterica od ematica ad essa si propaga.

La teoria infettiva però non spiega alcuni fatti osservati nell'appendicite e precisamente le coliche che precedono l'attacco e la necrosi dell'organo che talvolta in poche ore si manifesta estesa e completa. Sorge così la teoria neuroangiospastica, sostenuta da Ricken ed ulteriormente sviluppata da Reischauer, la quale spiega tali fenomeni, che non possono essere in rapporto con semplici processi infiammatori, ammettendo che a base dell'appendicite stia un'irritazione del sistema neurovegetativo dell'addome con stasi sanguigna nell'organo, che secondariamente cade in preda ai batteri dimoranti nel suo lume. Opportuni confronti con la teoria neuroangiospastica, attualmente dominante nella patogenesi dell'ulcera gastrica, dànno anche appoggio a tale concezione, la

quale certamente ci permette la comprensione, oltre che dei fenomeni sopra menzionati, anche della coesistenza dell'appendicite e dell'ulcera dello stomaco e della comparsa familiare di essa.

Che corpi estranei abbiano importanza nell'etiopatogenesi della malattia è affermato da molti, ma essa dev'essere giustamente valutata e limitata. Non si può certamente non riconoscere l'importanza etiologica dei calcoli fecali, i quali, incuneandosi fortemente nello stretto lume dell'appendice, determinano sulle sue pareti fenomeni di necrosi e, trasformando la cavità appendicolare in cavità chiusa, fanno sì che la virulenza dei germi in essa contenuti si esalti. Quanto poi all'importanza dei noccioli di frutta, tanto frequentemente incriminati dai profani, l'esperienza generale dimostra che essa è scarsa; analogamente non ci si può rendere ragione come l'uso del vasellame smaltato sia la causa dell'aumentata frequenza dell'appendicite. Così l'autore non riconosce l'importanza data ai vermi intestinali, specie agli ossiuri, come causa della malattia, da alcuni autori e tra essi da Rheindorf, il quale ha cercato di confortare la sua ipotesi descrivendo nell'appendice canali vermiformi, giudicati da Aschoff come prodotti artificiali. La statistica c'insegna poi che a Basilea, dove sono pochi vermi, l'appendicite è frequentissima. Anche la nutrizione costituisce un fattore patogenetico degno di considerazione; ciò trova conforto nel fatto riferito da Weischer di Tientsin, il quale su 86000 ammalati osservò solo 2 casi di appendicite e ciò evidentemente in dipendenza dell'alimentazione vegetariana di quella popolazione; tale rilievo è stato anche confermato nei popoli persiani ed arabi. La diminuzione però dell'appendicite osservata durante la guerra l'A. solo in parte crede di poter mettere in rapporto col blocco della fame, in quanto essa si era già iniziata nel 1912, quando le condizioni di alimentazione erano ancora buone, nè l'aumento presente della malattia trova completa spiegazione nel suddetto fattore, in quanto attualmente le condizioni di nutrizione non sono poi tanto felici. Osservazioni non dubbie non ci permettono però di disconoscere l'importanza patogenetica della prevalente nutrizione carnea.

Molta riservatezza nel giudizio l'A. giustamente consiglia circa un'origine traumatica dell'appendicite, specie al tempo d'oggi, in cui per ogni malattia si cerca un infortunio come causa. In proposito dà le seguenti norme: il trauma deve essere rilevante ed interessare immediatamente la fossa iliaca destra, i fenomeni appendicitici devono manifestarsi subito dopo il trauma ed in ogni caso non oltre le 48 ore, l'esame anatomico deve dimostrare un'infiltrazione emorragica dell'organo. Può un'appendicite esistente essere aggravata da un trauma, ma anche in tal caso occorre sempre la più grande riservatezza nel giudizio.

L'A. chiude la sua rassegna ricordando la teoria endemica, particolarmente sostenuta e sviluppata con numerose ed importanti osservazioni da Fonio, il quale, oltre alla comparsa familiare della malattia, cita anche il fatto osservato in una scuola, in cui in 10 giorni ammalarono 13 allievi di appendicite.

Da le osservazioni e teorie esaminate Krecke conclude che allo stato attuale l'etiologia dell'appendicite non è sicuramente stabilita e che per la comprensione etiopatogenetica dei singoli casi che la pratica quotidiana ci offre è spesso necessario chiamare in causa fattori molteplici con giusto eclettismo e serena obiettività valutati. R. D'ALESSANDRO.

MISCELLANEA.

La fosfatasi del sangue e la reazione di Van der Bergh nella differenziazione di alcuni tipi di ittero.

(W. MORRELL ROBERTS. *British Med. Journ.*, 29 aprile 1933).

Quando un ittero, non accompagnato da altri segni o sintomi ben definiti, si sviluppa in un individuo anziano, viene subito in campo il problema se si tratta di una ostruzione extraepatica dei dotti biliari, più particolarmente una neoplasia maligna del pancreas, oppure di un semplice ittero catarrale. Così anchè è in alcuni casi difficile decidere se un ittero sia di origine tossica od ostruttiva, dato che nei primi stadi i sintomi possono essere identici. Si era creduto di poter rispondere facilmente a questi problemi per mezzo della reazione di Van der Bergh: si credeva cioè che una reazione *diretta* fosse indice di un ittero ostruttivo mentre la reazione indiretta di un ittero tossico, catarrale o infettivo. Ma la larga sperimentazione clinica ha dimostrato che tale differenziazione non è possibile: si è visto cioè che negli itteri tossici o catarrali si può avere qualsiasi reazione, anche la diretta, e che questa è anzi la più frequente a riscontrarsi. Era necessario quindi trovare un altro metodo che aiutasse la clinica in questo difficile campo di indagine diagnostica: l'A. descrive un metodo che gli ha dato risultati ottimi in 52 casi di ittero. Tale metodo consiste nella ricerca delle fosfatasi nel sangue. Si chiamano con il nome di *fosfatasi* degli enzimi che hanno la proprietà di idrolizzare gli eteri fosforici in alcool libero ed acido fosforico. Uno o più di tali enzimi sono normalmente presenti nel sangue umano e ad essi deve il sangue la proprietà di trasformare nella maniera suddetta gli eteri fosforici. Robinson e la sua scuola, in una serie di interessantissimi lavori, hanno messo in evidenza l'importanza che hanno le fosfatasi nel processo di formazione delle ossa ed in parte anche nel metabolismo dei carboidrati.

Kay e Roberts, ricercando indipendentemente l'uno dall'altro, hanno trovato che la

fosfatasi del sangue è molto aumentata nell'osteite deformante ed in altre malattie in cui si hanno notevoli alterazioni ossee (m. di Recklinghausen, ecc.).

Nella numerosa serie di casi investigati da Roberts erano inclusi due casi di ittero ostruttivo ed uno di ittero catarrale: i due casi di ittero da ostruzione mostrarono un netto aumento della fosfatasi del sangue, mentre nell'ittero catarrale tale aumento mancava. L'A. ha creduto degna di ulteriori ricerche l'osservazione di Roberts ed è venuto alla conclusione, in base alle ricerche sui suoi 52 malati, che nelle forme di ittero ostruttive quali potrebbero essere quelle da un calcolo nel coledoco o da tumore della testa del pancreas, la fosfatasi del sangue è costantemente alta, mentre nelle altre varietà di ittero i valori della fosfatasi sanguigna sono sempre normali o di poco superiori, anche se l'ittero è intenso.

Le ragioni di questo particolare comportamento delle fosfatasi sono ancora poco chiare, nè servono a chiarirle di più le sottili argomentazioni dell'A. Ad ogni modo il fatto resta e sarebbero desiderabili ampie ricerche di controllo per stabilire la reale esattezza di questo metodo, che verrebbe ad assumere un'importanza non indifferente nella diagnostica differenziale degli itteri. G. LA CAVA.

Sul conteggio dei reticolociti.

(G. COZZUTI. *Diagnostica e Tecnica di Labor.*, 25 febbr. 1933).

I metodi di conta dei reticolociti finora proposti sono fondati sulla differenziazione di questi elementi nel sangue per mezzo di colorazioni con sostanze coloranti cosidette vitali (specialmente usato è il Brillantcresylblau). Questi metodi si possono distinguere in due gruppi: quelli che praticano il conteggio dei reticolociti su uno striscio di sangue (tecnica di Cesaris Demel e sue modificazioni) e quelli che fanno uso di una camera contaglobuli (tecnica di Frank e seguaci), il conteggio praticato su uno striscio di sangue, mentre è sottoposto a moltissimi errori, offre il grande vantaggio di permettere l'uso di obbiettivi ad immersione con i quali solamente si può ottenere un ingrandimento sufficiente per differenziare i reticolociti. Il metodo migliore di conteggio dei reticolociti sarebbe quello che raccogliesse le prerogative di ambedue i metodi ora in uso evitandone i difetti; quel metodo cioè che permettesse di eseguire il conteggio con gli obbiettivi ad immersione in camera contaglobuli.

Questo scopo può essere ottenuto o riducendo lo spessore del copri-oggetto della camera contaglobuli oppure facendo uso di una camera contaglobuli a profondità minore di quella delle camere comuni, in modo che sia possibile mettere a fuoco qualunque obbiettivo ad immersione. Nel primo caso, basta scegliere dei vetrini coprioggetto di spessore inferiore ai mm. 0.10, nel secondo caso si può usare la camera contaglobuli di Halber-Glynn (Zeiss) con reticolato Thoma, la quale ha una profondità di mm. 0,02 ed un coprioggetto di mm. 0.18 e può quindi essere impiegata con qualunque tipo di obbiettivo ad immersione.

Per l'esame il sangue viene diluito come è d'uso nel conteggio delle emazie, servendosi di una soluzione salina isotonica anticoagulante e contemporaneamente colorante.

C. TOSCANO.

Gli ascessi intermuscolari.

(H. A. PHILLIPS. *British Medical Journal*, 11 febbraio 1933).

I libri di testo e la stampa medica dànno scarsa importanza agli ascessi intermuscolari forse a causa della loro relativa rarità e della loro distribuzione irregolare.

Questi ascessi sono generalmente situati tra gruppi di muscoli più che nella massa muscolare.

Ce ne sono due tipi: quelli ad etiologia nota e quelli idiopatici.

A parte i comuni ascessi intermuscolari dipendenti da un'infezione diretta da parte di focolai suppurativi di parti vicine, articolazioni ed ossa, gli ascessi da causa nota possono essere in rapporto a suppurazione di un ematoma, di una borsa intermuscolare, di una glandola linfatica situata tra i muscoli, di una suppurazione intorno ad un corpo estraneo, oppure a condizioni piemiche.

Gli ematomi possono essere prodotti da un trauma diretto o dalla rottura completa o parziale di un muscolo, nella massa delle fibre o nel loro punto di attacco ai tendini, in seguito ad una contrazione violenta, improvvisa ed incoordinata. Molti ematomi sono riassorbiti o si organizzano in tessuto connettivo, ma alcuni si infettano e diventano ascessi. Questi si sviluppano con tale lentezza che il paziente finisce per dimenticare il fatto causale originario, e l'ingrossamento muscolare profondo e doloroso, spesso accompagnato da ipertemia, fa pensare al sarcoma.

I muscoli che più spesso vanno soggetti a questi ematomi da strappamento sono quelli delle estremità, ma talvolta si verificano anche nel *serratus anticus* o nel *rectus* ed *obliquus abdominis*.

Gli ascessi intermuscolari di origine piemica sono generalmente multipli. Sono per lo più a decorso insidioso, relativamente indolori.

Gli ascessi che si sviluppano in seguito a suppurazioni di borse vicine possono verificarsi solo in quelle parti dove esistono le borse stesse. Tale è l'origine di alcuni ascessi glutei.

Gli ascessi che si formano intorno a corpi estranei sono di solito molto evidenti, ma talvolta l'accidente determinante è dimenticato o trascurato, perchè il corpo estraneo non ha per

lungo tempo dato segni di sè, o perchè si è spostato, o perchè si è creduto di averlo eliminato del tutto mentre in effetti ne sono rimasti dei frammenti nell'organismo.

Nelle regioni dove esistono glandole linfatiche intermuscolari si possono verificare piccoli ascessi tra i muscoli, tale è il caso degli ascessi subpettorali. Talvolta questi si sviluppano dopo malattie infettive, come l'influenza e la scarlattina.

Gli ascessi intermuscolari idiopatici, ossia da causa ignota, possono rassomigliarsi agli ascessi perirenali, ischio-rettali, poplitei e anche subfrenici. È verisimile che essi siano determinati da emboli batterici o di altra natura provenienti da focolai infettivi la cui situazione non è sempre accettabile. Tenuto conto che molti ascessi renali o perirenali sono spesso la conseguenza di una foruncolosi, è probabile che anche gli ascessi muscolari idiopatici possono avere una medesima origine.

Tutti i muscoli del corpo possono essere colpiti, ma la localizzazione più comune è nei muscoli delle coscie.

L'agente batterico è quasi sempre lo stafilococco aureo.

Il sintoma più comunemente accusato è un dolore profondo nella coscia, talvolta descritto come un crampo al principio, e poi a carattere pulsante. Il dolore si aggrava con la flessione della coscia o della gamba. Oltre a ciò si hanno fenomeni generali: malessere, anoressia, ipertermia.

Obbiettivamente al principio nulla si riscontra di notevole all'infuori di un vivo dolore alla pressione profonda su un'area più o meno ampia. Dopo qualche giorno con la misurazione si nota un aumento della circonferenza della coscia in confronto di quella controlaterale. Talvolta, ma con difficoltà, si può apprezzare anche una fluttuazione profonda. Il rossore e l'edema compaiono solo tardivamente.

Gli ascessi intermuscolari delle coscie possono essere confusi con l'osteomielite, con il sarcoma, la gomma, il lipoma ed anche con semplici forme reumatiche.

Quando i caratteri clinici non sono molto evidenti conviene ricorrere all'esame radiologico ed alla puntura esplorativa, che quasi sempre risolvono ogni dubbio. DR.

La radio-terapia nel gozzo.

(H. LACHARITE. *L'Union Médicale du Canada*, marzo 1933).

L'A. paragona i risultati del trattamento radio-terapico e quelli del trattamento chirurgico nei vari casi di gozzo.

Dice che secondo Thompson Stevens, Haudek e Kriser è la radioterapia ben applicata che darebbe i migliori risultati con il 90% di guarigioni; secondo Barclay (300 casi) l'87% di risultati favorevoli di cui il 63,3% di guarigioni; secondo Sielmann (500 casi): risultati favorevoli 95% di cui 50,5% guarigioni complete; secondo Solomon: risultati favorevoli 87%; guarigioni complete 70%; secondo Krause (1342 casi) si avrebbe l'82% di successo.

Dice d'altra parte che la tiroidectomia per gozzo esoftalmico dà il 2,5% di mortalità secondo Crile (1022 operati) il 3% secondo Kocher; il 3,5% secondo Pemberton; il 2% nella Clinica Lahey di Boston; il 7% secondo Lenormant (906 operati); secondo Alamartine l'operazione darebbe il 70,8% di guarigioni, il 22% di miglioramenti e il 7,7% di mortalità; ma si deve anche tener conto degli operati che muoiono per cause diverse e che secondo Judd raggiungerebbero il 15%.

Il trattamento radiologico come anche il chirurgico potrebbero restare inefficaci ma il primo ha il vantaggio di non esporre a pericoli.

Riguardo ai sintomi, entrambi i trattamenti arrestano il dimagramento, abbassano il metabolismo, rallentano la tachicardia e *sopprimono* il *tremore*, però *la radio-terapia* lascia diminuire *lentamente il gozzo che invece è asportato dall'operazione;* la quale però lascia una cicatrice.

L'A. dà quindi quali indicazioni della radio-terapia nel gozzo: 1) *le forme acute che sarebbe pericoloso operare;* 2) *le forme con sintomatologia intensa;* 3) *le forme fruste con disturbi nervosi.*

Aggiunge che praticamente si dovrebbe provare prima la cura medica, poi la cura radiologica ed infine la cura chirurgica sebbene spesso basta far mettere a letto e isolare il malato o sostituire la *curie* alla *Roentgenterapia* perchè si possano conseguire buoni risultati senza ricorrere all'intervento cruento che in caso, secondo alcuni chirurghi, sarebbe facilitato dalla precedente radio-terapia.

Riguardo alla tecnica dice che è preferibile estendere le irradiazioni anche alla regione timica e conclude che non è raro osservare dei veri miracoli. SCANDURRA.

La cura delle scottature (con speciale riguardo all'uso dell'acido tannico).

(P. H. MITCHINER. *The Brit. Medic. Journ.*, 18 marzo 1933).

Le scottature sono diventate, in questi ultimi anni, più rare per le migliorate condizioni di vita anche dei poveri e quindi anche la mortalità che esse davano è ridotta. C'è anche un cambiamento nella frequenza del tipo di lesione: prima del 1908 al St.-Thoma's Hospital il rapporto fra scottature di 3° e di 2° grado era di 3 a 2, mentre ora è di 1 a 7 e si sa che le scottature di 2° grado dànno mortalità minore di quelle di 3°.

La morte per scottature si può avere solo nel 2 1/2 % dei casi nel periodo iniziale di shock, mentre è più frequente nel periodo acuto della tossiemia che s'inizia da 6 a 24 ore dopo.

La tossiemia è dovuta probabilmente all'introduzione in circolo di istamina proveniente dai tessuti lesi ed è curata bene colla trasfusione di sangue preceduta da salasso.

Nelle prime ore della scottatura c'è una notevolissima perdita di siero di sangue, donde collasso che si può evitare introducendo liquidi nelle vene, sotto cute e per bocca. A questa enorme perdita di siero e all'immissione in circolo di sostanze tossiche si può ovviare colla coagulazione delle superfici scottate (acido picrico, acido tannico).

Il metodo di cura usato dall'A. è quello degli spruzzi di soluzione di acido tannico al 2 %, previa pulizia della regione scottata. Il metodo però presenta degli inconvenienti, che lo rendono di difficile applicazione ambulatoria, e precisamente la necessità di esporre la scottatura all'aria pur tenendo caldo il paziente, la necessità di ripetere ogni ora le spruzzature nelle prime 10-24 ore. Inoltre c'è la impossibilità di curare con questo metodo malati che hanno scottature tanto del dorso che del petto e la necessità che la soluzione tannica sia fresca.

Il fatto che la soluzione tannica non fresca dà una crosta non soddisfacente dipende non da modificazioni chimiche della soluzione, che si mantiene inalterata anche dopo 5 anni. Però la soluzione non fresca dà crosta soddisfacente solo se applicata lungamente.

Per questo Mitchiner applica sulla superficie scottata delle compresse imbevute di soluzione di acido tannico al 2 % con 1-2 ‰ di percloruro di mercurio. Questa medicatura deve essere mantenuta in sito per quindici giorni per le piccole scottature e tre settimane per quelle molto estese. La fuoriuscita di siero dai margini della fasciatura non richiede la rimozione di questa.

La mortalità che era del 15,5 % per le scottature di 3° grado e del 7,5 % per le scottature di 2° grado, quando l'A. usava l'acido picrico, è scesa coll'acido tannico a 4 e 1 %.

Il metodo delle compresse all'acido picrico è stato adoperato anche ambulatoriamente con ottimi risultati.

R. Lusena.

DIVAGAZIONI.

La fisiologia dell'uomo in mare.

Una serie d'interessanti ricerche è stata eseguita su questo argomento, nel corso di vari anni, a Trieste, sotto la direzione del prof. Amedeo Herlitzka di Torino. Le ricerche sono state condotte nel Lazzaretto di S. Bartolomeo, messo a sua disposizione dalla Direzione Generale di Sanità. Per mancanza di mezzi si è dovuto poi abbandonare l'opera intrapresa. Un riassunto dei lavori compiuti è stato esposto dal prof. Herlitzka quando venne inaugurata la sezione della Venezia Giulia della Società Italiana di Biologia Sperimentale (di che demmo già notizia).

I lavori riguardano, tra l'altro, gli effetti del bagno di mare che sono stati seguiti per ciò che concerne il ricambio respiratorio ed energetico (notevolmente aumentato: Rabbeno, Margaria); la temperatura dell'aria aspirata (che si abbassa: Margaria) per azione della superficialità della respirazione). È stata poi studiata la meccanica respiratoria in varie forme di bagno e di nuoto (Rabbeno). La *perspiratio insensibilis* attraverso la cute — scoperta immortale del Santorio — aumenta in seguito al bagno (Mariannina Levi e Sapegno).

Particolarmente sono state studiate le modificazioni del sangue in seguito al bagno di mare. La reazione del sangue presenta una diminuzione della riserva alcalina (Rabbeno); la glicemia diminuisce e cresce la tolleranza per gli idrati di carbonio, mentre si ha una perdita di acqua del plasma (Rowinski).

Il numero dei corpuscoli rossi e bianchi aumenta (Chiatellino e Gianotti) sebbene la massa sanguigna rimanga immutata (Chiatellino e Rowinski), i corpuscoli rossi perdono di resistenza, segno di immissione in circolo di sangue dalla milza (Chiatellino).

L'eliminazione dell'acqua e dei sali coll'orina aumentano: più la prima che i secondi, e l'acqua eliminata in più deve in parte provenire dai tessuti (Chiatellino e Margaria).

Anche la velocità di sedimentazione in seguito a bagni ripetuti aumenta (Palomba) pur rimanendo nei limiti della normalità.

L'eliminazione delle basi puriniche (acido urico) subisce pure un aumento per quanto non immediato (Chiatellino e Sapegno) e alterazioni nell'equilibrio del potassio e del calcio nel sangue si hanno in seguito a bagni singoli e al soggiorno al mare (Rowinski e Barone). Quest'ultimo provoca aumento del ricambio basale nei bambini provenienti dal Carso e dall'alto Adige, non in quelli di Trieste (Rowinski), il che dovrebbe essere tenuto presente nell'assegnazione dei bambini alle colonie alpine e marine. Rowinski e Sapegno dimostrarono al mare un notevole aumento del rinnovamento dei corpuscoli rossi, analogo a quello constatato in montagna nell'Istituto Mosso diretto dall'Herlitzka, pur non avendosi al mare aumento del numero dei corpuscoli.

Anche sulla secrezione gastrica tanto il bagno di mare che quello di sole esercitano un aumento (Barone).

Il tono muscolare poi in seguito al bagno diminuisce nel giovane (Ceruti), ma aumenta nei piccoli bambini e nell'uomo anziano quando cioè il tono stesso è inizialmente basso (Sapegno).

Una serie di ricerche furono eseguite con l'iniezione di acqua di mare che provoca un aumento del ricambio degli zuccheri (Viola) senza modificazione del glucosio del sangue (Rabbeno) e con aumentata arterializzazione del sangue (Gayda).

In un altro campo furono eseguite numerose ricerche dalla dott.ssa Colle che studiò la produzione e la raccolta dell'ossigeno in alcune alghe.

Dopo questa esposizione l'Herlitzka ha concluso che qualunque sia il valore di queste ricerche esse dimostrano che esiste nella fisiologia dell'uomo al mare un campo di studi da dissodare sistematicamente.

Dopo aver esaltato il mare culla della vita organica e che ha per l'uomo una così grande importanza, l'Herlitzka, deplorando di dover abbandonare l'impresa e portato un saluto a quel lido a cui tanti affetti lo legano, dolente che gli anni non gli permettano di sperare di riprendere l'opera incominciata, esprime l'augurio che altri lo possa fare e che a Trieste possa sorgere in un non lontano avvenire una « Università del Mare » per studiarlo in tutte le sue manifestazioni, da quelle fisiche a quelle artistiche e ciò per giungere a conoscenze che permettano di rendere meno aspra la lotta che ogni giorno si combatte sul mare per la vita dell'uomo. R.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

O. Voss. *Sepsis nach Angina.* Vol. in-8° di pag. 60. W. Vogel, Verlag, Berlin. Mk. 6.

Trattasi di una breve monografia relativa al problema prevalentemente terapeutico degli stati settici gravi immediatamente susseguenti a forme gravi di angina tonsillare. Dopo una breve storia dell'argomento, e ad alcune nozioni generali di patologia riguardanti le vie, sanguigna, linfatica o attraverso gli interstizi dei tessuti, attraverso le quali l'infezione si fa strada verso l'organismo dal focolaio infettivo acuto tonsillare, è trattata la patogenesi della forma, unitamente ai limiti entro cui deve essere nosologicamente intesa e ai sintomi locali e generali. È largamente trattata la parte specialmente che si riferisce alla sintomatologia locale sia strettamente tonsillare sia di vicinanza, l'edema dei tessuti del collo, la tumefazione ghiandolare e i segni di alterazione circolatoria di vicinanza per compromissione trombotica dei vasi venosi; la sintomatologia generale e la compromissione dei vari organi ed apparati vengon fatte più succintamente, ed a ragione dato lo scopo ed il carattere del lavoro. La casistica riportata è di 25 casi tutti ben studiati specie dal punto di vista specialistico, ma anche dal punto di vista generale; ed è minutamente indicata la terapia chirurgica, che, secondo l'autore, deve mirare ad aggredire il focolaio primitivo dell'affezione e cioè la tonsilla che vien considerata appunto non solo come porta d'entrata ma anche come centro di sviluppo e di diffusione dei germi nell'organismo; ma spesse volte l'intervento sulle tonsille va fatto in un secondo tempo, e dopo che si è già intervenuti o su infiltrazioni flemmonose del collo o su trombosi venose o su linfoghiandole suppuranti. Comunque prima o dopo l'intervento fondamentale è quello di aggredire il focolaio tonsillare e la casistica riportata dall'autore circa le guarigioni ottenute è assai favorevole al criterio interventista, poichè i casi guariti operati raggiungono l'80 per cento; rimane sempre una percentuale del 20 % di insuccessi, ma questo numero è assai inferiore a quello di analoghi casi lasciati a sè, cioè non trattati chirurgicamente, ed è anche inferiore a quello dei casi sfavorevoli riportati da altri autori secondo i quali solo nel 50 % degli interventi veniva raggiunto il successo terapeutico.

Trattasi come abbiamo detto prevalentemente di un lavoro clinico; sul materiale operato e sulle localizzazioni settiche a distanza sono state però praticate anche accurate ricerche batteriologiche che, secondo noi, non dovrebbero mancare mai nello studio di queste forme ancora tanto discusse nel loro intimo meccanismo. Dalle indagini dall'A. praticate risulta che la massima importanza spetta in questo campo agli streptococchi, per quanto una certa parte spetti anche agli stafilococchi e ad altri germi; e per quanto l'A. non abbia eseguito ricerche sperimentali su animali, tuttavia ritiene per la sua esperienza clinica di poter convenire in linea di massima con le osservazioni di altri autori che ammettono la possibilità di un organotropismo particolare di questi germi provenienti da focolai tonsillari anche in queste forme chiaramente e gravemente settiche.

La breve trattazione a tipo monografico dell'argomento, corredata da una buona raccolta bibliografica, si presenta di proporzioni modeste di mole, ma densa di opportune e chiare osservazioni e di dati di fatto clinicamente indagati. CH.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. BUSI. *Tecnica e diagnostica radiologica delle malattie chirurgiche*, Unione Tipografica Torinese, 1933. Vol. di pag. 997, con 599 figure. Lire 95.

Ho qui sul mio tavolo accanto al libro di Haenisch e Holthusen (recensito di recente): *Einführung in die Roentgenologie*, il libro di Busi, edito dalla Unione Tipografica Torinese e costituente il X volume del *Trattato di semeiologia fisica e diagnostica chirurgica* pubblicato sotto la direzione del Taddei con la collaborazione oltre che del Busi, del Chiavaro, del Citelli, del Gentili, del Fragnito, del Putti, di Vollaro e di Delitala.

Tutto quello che dal punto di vista editoriale salta agli occhi per il libro di Haenisch e Holthusen uscito dai torchi del Thieme (carta patinata, stampa perfetta, radiogrammi nitidamente riprodotti), fa deficienza purtroppo nella edizione dell'Unione Torinese. Special-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

mente la riproduzione dei radiogrammi (che si indovinano meravigliosi per dettagli e per originalità dei casi) è imperfetta. Eppure una edizione accurata (sia pure con un modico aumento nel prezzo), una stampa perfetta, una nitida riproduzione dei radiogrammi sarebbero stati dal punto di vista editoriale una ottima impresa perchè il libro del Busi è il più bel libro italiano di radiodiagnostica pubblicato in questi ultimi anni.

Nel fervore spirituale che ci anima in questo decennale, fra i tentativi di rinascita che da più parti si tenta del libro italiano, il libro del Busi — accurato nella stampa e nella edizione — avrebbe finalmente imposto il libro italiano anche all'estero. È vero che il radiologo intelligente e lo studente intelligente potranno riconoscere nel libro di Haenisch e Holthusen il trattato in serie mentre il libro del Busi è il libro di un Maestro, è un libro ove sono profuse a piene mani e l'esperienza dell'insegnamento e l'esperienza tratta dalle difficoltà diagnostiche che ogni radiologo incontra nella sua pratica giornaliera.

E tutto vi è detto con forma piana e semplice con una perfetta fusione della radiologia con l'anatomia patologica, con la fisiologia e con la clinica. Lo studente vi potrà apprendere tutte quelle cognizioni che gli sono necessarie; ma il radiologo esperto e provetto leggerà il libro con diletto: non è il trattato dove in modo schematico sono fissati i soliti punti principali dei varî capitoli di radiologia; ma è il libro scritto con passione perchè tutto è frutto della esperienza personale maturata in tanti anni di lavoro e di studio.

È per questo che l'edizione presente sarà ben presto esaurita. Aspettiamo presto la nuova edizione in bella veste quale è dovuta a una opera italiana che lascia finalmente a distanza la maggior parte dei trattati pubblicati in questi ultimi anni all'estero. E. Milani.

Marion. *Tecnique chirurgicale*: *Urologie* (G. Mario) *Gynécologie* (R. Toupet). pp. 507 con 406 fig. e 16 tav. a colori. Maloine, edit., Parigi, 1932.

La presente edizione, che è la 6ª, della « Tecnica chirurgica », si presenta con una modificazione fondamentale in quanto che — per un aggiornamento accurato delle modificazioni di tecnica e delle operazioni nuove — il Marion ha chiamato a collaborarvi eminenti chirurgi specializzati e precisamente: Moure per le operazioni sui vasi, sul collo e sul torace; Sorrel per gli arti e la colonna vertebrale; Bourgeois per l'orecchio, naso e gola; Velter per gli occhi; Robineau per la testa, sistema nervoso, simpatico; Toupet per l'apparato digerente, ano, retto, ginecologia; Marion per le generalità e l'urologia.

L'opera comprenderà 4 volumi ognuno dei quali fa parte a sè e si vende separatamente. Il volume testè comparso comprende l'urologia e la ginecologia.

Gli AA. hanno curato di essere quanto più possibile brevi, chiari e semplici nell'esposizione della tecnica. In genere viene descritto un sol metodo, quello in cui l'A. ha maggior pratica e maggior fiducia; gli altri metodi vengono talora accennati.

La concisione del testo — che talora può sembrare eccessiva — non va a scapito della chiarezza e tutti i tempi operatori importanti sono messi in luce.

Le illustrazioni (406 fig. e 16 tavole a colori) sono originali e particolarmente dimostrative.

G. Pacetto.

C. Lepoutre et F. Stobbaerts. *La Pyélographie intraveineuse dans le diagnostic urologique.* Edit. G. Doin e F., Parigi, 1933. Frs. 22.

È una breve monografia che fa parte della nota collezione: « la pratique médicale illustrée » edita da G. Doin. (Molti nostri studiosi hanno pubblicato contributi non inferiori... ma sono rimasti come articoli di Riviste, e non lanciati come monografie a sè... il che si dice non per far torto ai francesi ma forse a noi...).

Sono 40 agili pagine in cui sono esposte la storia e la tecnica della pielografia endovenosa, e sono dati i risultati, malattia per malattia (ptosi, idronefrosi, calcoli, tubercolosi, ascessi, tumori, ecc.). C'è anche un capitoletto per la gravidanza (14 righe...). In 8 tavole sono poi riprodotti 32 radiogrammi, alcuni molto buoni. Che si vuole di più, per 22 franchi?

p. g.

G. Cavina. *Tecnica della resezione gastrica.* 1 vol. di pag. 138 con 98 figure. L. 60. Edit. L. Cappelli, Bologna.

È un'opera molto pregevole per il chirurgo questa che oggi l'illustre primario dello Spedale di S. Giovanni di Dio in Firenze, pubblica in bella veste e corredata da nitide e belle illustrazioni. L'argomento ha ancora molto interesse: in tema di resezione gastrica i pareri sulla tecnica e sulle modalità dell'anastomosi non sono ancora concordi ed è bene che i chirurghi che più hanno avuto occasione di eseguire resezioni ne illustrino la tecnica personale. In Italia questa monografia viene a prendere il suo posto accanto a quelle sullo stesso argomento già pubblicate da altri chirurghi.

Nella prima parte del volume l'A. fa la storia della resezione gastrica e molto completamente ricorda le varie tecniche e le modificazioni dei metodi classici non tralasciando quelle italiane più conosciute.

Nella seconda parte tratta delle cure pre- e post-operatorie, delle complicazioni, della anestesia e infine, più *in extenso*, della tecnica personalmente attuata nella resezione gastroduodenale seguìta da gastrodigiunostomia transmesocolica orale parziale inferiore.

Bella la veste tipografica e ottima la riproduzione delle figure. P. Valdoni.

CANECA ZANINI F.: *Appendicite*. Seconda edizione; pag. 130, 4 tavole f. t. Milano, Soc. An. Coop. poligraf. operai, 1932.

Opera scritta con intendimenti pratici e corredata dai dati di una vasta esperienza personale. L'A. ha curato specialmente la parte clinica, descrivendo oltre alla sintomatologia classica anche le forme cliniche più comuni ed importanti (gastrica, intestinale, urinaria) e intrattenendosi sulle indicazioni all'intervento chirurgico la cui tecnica illustra con 4 tavole riportate da Pauchet.

G. PACETTO.

DUCUING. *Précis de Cancérologie*. Vol. di 1260 pag. con 516 fig. Masson, Parigi, 1932.

Scopo dell'A. è stato quello di riunire in questo libro le nozioni essenziali sullo stato attuale del problema del cancro e la trattazione clinica completa dei diversi tumori maligni.

La prima parte dell'opera riguarda lo studio del cancro in generale (etiologia, anatomia patologica, clinica, patogenesi e terapia) non tralasciando nulla di ciò che è necessario sapere di queste generalità e specialmente del radium, dei raggi X e degli agenti fisici in genere adoperati contro il cancro.

La seconda parte contiene un'esposizione completa dei diversi tumori maligni aggiornata con le moderne acquisizioni diagnostiche e terapeutiche.

Lo studio clinico di ogni forma di tumore maligno è preceduto da cenni di anatomia, embriologia e fisiologia, necessari alla sua chiara comprensione.

Numerose e belle illustrazioni, in gran parte originali, completano questa opera nella quale il medico pratico troverà un'ottima guida.

G. PACETTO.

BÉCLÈRE, CHALIER, MAGROU, DE NABIAS, DELHERM, LACASSAGNE, LECLERQ, LABORDE. *Huit Conférences de Cancérologie*. Vol di pagg. 229. Masson, edit., Parigi, 1931.

Sono le « *conferenze della domenica* » fatte al Centro anticanceroso di Tolosa (Prof. Ducuing) su argomenti di attualità, da studiosi particolarmente competenti convenuti dalle varie parti della Francia.

I vari argomenti sono trattati in forma piana e sintetica, con intendimenti pratici e serena obbiettività. Il libro si legge con piacere ed è ricco di utili insegnamenti.

Nell'impossibilità di accennare sia pur fugacemente ai vari argomenti trattati ci limitiamo a dare l'elenco dei temi delle conferenze:

Béclère: *La radioterapia dei fibromi uterini.*

Chalier: *Il trattamento del cancro del retto.*

Magrou: *Cancro delle piante.*

De Nabias: *Importanza dell'esame istologico nella radioterapia del cancro.*

Laborde: *Radiosensibilità dei tessuti e suoi rapporti col trattamento del cancro.*

Delherm: *Aspetto radiologico dei tumori del polmone e del mediastino.*

Lacassagne: *Indicazione alla radioterapia dei sarcomi.*

Leclerq: *Traumi e cancro.*

G. PACETTO.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta dell'8 giugno 1933.

Presidente: Prof. PIO BASTAI.

Sopra un caso di aneurisma dell'arteria anonima.

Dott. F. FERRANTI e Dott. G. NIZZI-NUTI. — Gli OO. nel riferire il caso di loro osservazione, illustrano la sintomatologia dell'aneurisma dell'arteria anonima, richiamando sopratutto l'attenzione sopra le alterazioni del polso radiale e carotideo di destra, sulla paresi della corda vocale dello stesso lato e sui fenomeni di compressione della trachea e della vena anonima di sinistra. Fanno rilevare l'importanza per una tale diagnosi della radiologia e della misurazione della pressione venosa, nei casi, in cui la stasi a sinistra, dal lato opposto cioè del tumore pulsante, non sia rilevabile altrimenti perchè ancora assenti la cianosi e l'edema.

Singolare caso di blastoma sintetizzato a noduli multipli disseminati sottocutanei.

Dott. G. MANGANOTTI. — L'O. presenta un soggetto di 38 anni il quale da circa 6 mesi ha notato la comparsa di noduli duri indolenti disseminati al tronco ed aumentanti progressivamente di numero e di dimensioni, senza tuttavia compromettere lo stato generale, che è ottimo. Dall'ultimo mese si apprezzano le linfoghiandole inguinali ed anellari accresciute di volume e di consistenza. La formula ematologica tende verso una linfomonocitosi con graduale incremento numerico di globuli bianchi (da 6800 a 12.000). L'esame istologico di quattro frammenti della cute e delle linfoghiandole fa orientare verso una neoplasia sistemica probabilmente del S. R. E. del sottocutaneo, con apparenza in qualche zona di reticuloma, in altri di endotelioma. Pur riservandosi nel giudizio diagnostico definitivo, che solo ulteriori esami ematologici e istologici del caso permetteranno di delucidare, l'O. espone il concetto che la forma in esame debba ritenersi come una neoplastizzazione sistemica multicentrica del S. R. E.; e fa osservare come il caso rappresenti verosimilmente un anello di congiunzione fra le forme iperplastiche e quelle neoplastiche del sistema.

Sindrome da compressione endocranica per sdoppiamento della squama dell'occipitale.

Prof. O. BARTOLI e Dott. R. BENELLI. — Gli OO. descrivono un caso di cisti ossea di origine traumatica sviluppatasi a carico dell'occipitale e che dava nel paziente fenomeni da compressione (disturbi visivi, cefalea, attacchi convulsivi, spermatorrea). Si soffermano largamente sulla diagnosi differenziale, ricordando il meningioma, l'ascesso cerebrale, l'ematoma sottudurale. La sindrome scomparve completamente dopo l'atto operativo.

Studio sistematico delle emorragie cerebrali.

E. CAFISSI e G. DE STASIO. — Gli OO. su 7370 autopsie hanno trovato 167 emorragie cerebrali causate da arteriosclerosi ed arteriti in genere. Di queste 141 erano a sede abituale (capsula, nuclei della base, corteccia cerebrale nella zona parieto-temporo-occipitale) e 26 in sede più rara (9 ponte, 8 cervelletto, 3 lobo frontale, 2 peduncolo, 2 bulbo, 1 insula, 1 ponte peduncolo e cervelletto). Dallo studio statistico è resultato: 1) che le emorragie cerebrali in età giovanile sono più frequenti nelle femmine che nei maschi, anni 0,10, maschi, 0,11 %, femmine 0,31 %; anni 11-20 maschi 0,46 %, femmine 1,41 %, forse in dipendenza alla maggior disposizione delle prime verso le alterazioni vasali ereditarie; 2) che le emorragie cerebrali rare si manifestano in soggetti molto giovani, o molto vecchi, o molto malati. Questo perchè la lesione abituale sull'arteria di Charcot si manifesta con l'età rispettando individui particolarmente resistenti (vecchi), e perchè essa è facilmente livellata dalle gravi lesioni acquisite dall'albero circolatorio cerebrale in genere.

Le sindromi emorragiche venulari costituzionali.

Prof. A. LUNEDEI. — L'O. prospetta e sostiene la tesi della necessità di introdurre fra le diatesi emorragiche, fra le malattie emorragiche: le sindromi emorragiche venulari da aggiungersi al gruppo delle emofilie: (e. vera, e. sporadica, pseudoemofilia costituzionale) e al gruppo delle emogenie (morbo di Warlhof congenito, tromboastenia costituzionale di Glanzmann).

L'O. suddivide le sindromi emorragiche venulari costituzionali in due grandi varietà: la sindrome ecchimotico-teleangectasica e l'angiomatosi ereditaria emorragica di Osler. Mette in evidenza la necessità della suddivisione in due sindromi distinte per le notevoli differenze di sintomatologia clinica e di decorso, la netta differenza dal punto di vista prognostico. l'estrema rarità della seconda, la grande frequenza della prima, alla quale riporta lo « status ecchimotus » di Chevallier e le macchie neuropatiche di Müller.

Accenna infine ai legami dal punto di vista clinico e patogenetico con le altre diatesi emorragiche e alla possibilità dell'esistenza delle sindromi miste fra queste e le altre diatesi emorragiche.

I Segretari: L. PICCHI - P. NICCOLINI.

R. Accademia dei Fisiocritici in Siena.

Seduta del 28 aprile 1933.

Presidente: Prof. B. LUNGHETTI.

Pneumonite enterococcica.

D'ANTONA L. — L'O. dopo aver ricordato l'affinità esistente tra enterococco e pneumococco riferisce su di un caso che clinicamente ed anatomopatologicamente aveva presentato il quadro classico della polmonite crupale. L'escreato iniettato al topolino bianco aveva determinato la morte dell'animale, dal cui sangue veniva isolato in cultura pura una forma diplococcica che era agglutinata dal siero specifico per il pneumococco del tipo II. Un più completo studio del germe dimostrava trattarsi di enterococco del tipo B secondo Gundel.

Il caso costituisce la prima osservazione di polmonite enterococcica.

L'O. fa seguire alcune considerazioni circa la importanza di un esame minuzioso per la diagnosi differenziale tra enterococco e pneumococco e sul valore della agglutinazione specifica, richiamando l'attenzione sulla possibilità di una agglutinazione di gruppo per l'enterococco e il pneumococco.

Degenerazione mucoide di un ceppo dissociato di Bac' del carbonchio.

Prof. G. MAZZETTI. — L'O. riferisce sue osservazioni sul fenomeno della degenerazione mucoide di un ceppo R (ruvido) di bac. del carbonchio.

L'O. fa seguire alcune considerazioni sull'importanza che possono avere gli studi sulla variabilità del bac. del carbonchio, riguardo all'epidemiologia, la profilassi e la pratica diagnostica di questo germe.

Il Segretario.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 27 maggio 1933.

Presidente: Prof. R. TAMBRONI.

U. NOBILI. — *Considerazioni sul trattamento chirurgico della calcolosi biliare colecistica (con presentazione di operati).*

Discussione: CASATI.

Risultati di un metodo personale di cura delle cervicometriti.

C. MERLETTI. — L'O. propone un metodo personale e radicale di cura della cervico-metrite puerperale e gonococcica, che consiste in una escissione a cono della mucosa cervicale, seguita da una causticazione chimica con nitrato d'argento.

Le molte migliaia di casi, trattati in tal modo, consentono di garantire il massimo successo, con un minimo di inconvenienti, in confronto dei mezzi di cura comunemente usati.

Il metodo proposto si dimostra valido per la profilassi del cancro dell'utero.

Discussione: NOBILI, CHIAPPINI, CASATI.

E. CASATI. — *Il clorosan in ginecologia.*

Discussione: MERLETTI.

La cura della emottisi con istilazioni endotracheali.

CANELLA. — L'O. riferisce di 8 malati, in cui venne eseguita la iniezione endotracheale sopraglottidea, con adrenalina, secondo il metodo Giuffrida e con adrenalina e coagulen, secondo la modificazione del Galli.

Le emottisi, benchè gravi ed ostinate, vennero rapidamente a cessare in tutti i casi, e, mentre la sola adrenalina provoca una emottisi talora transitoria, la iniezione mista induce un effetto duraturo.

Il procedimento venne sempre bene tollerato, non ostante le forti dosi di coagulen impiegate (fino a 25 cc. in una sola volta).

Dopo risultati così brillanti, ottenuti dall'O. nella sezione medica maschile dell'Arcispedale S. Anna, in perfetta armonia con le osservazioni di molti OO.

L'O. conferma la bontà del metodo e ne consiglia l'uso nella pratica corrente, data la semplicità della tecnica, alla portata di qualunque medico pratico.

Discussione: MERLETTI, CASATI, FRABETTI, ORLANDI.

Il Segretario: E. CHIAPPINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'esame degli occhi in medicina generale.

L. Heine (*Deut. med. Wochens.*, 16 giugno 1933) mette in rilievo le seguenti particolarità:

Cornea. — Gli intorbidamenti degli strati superficiali (nubecola, macula, leucoma, astigmatismo irregolare) indicano: scrofolosi, eczematosi, flittenulosi. Quelli degli strati profondi indicano invece: tubercolosi (cheratite sclerosante) o sifilide, specialmente ereditaria (cheratite parenchimatosa). Il cheratocono fa sospettare dei disturbi delle secrezioni interne, specialmente delle ghiandole genitali. Le distrofie del margine, che sono come la negativa del cheratocono, indicano disturbi di indole opposta, che però non sono noti. Il cheratocono è una malattia della pubertà, le distrofie del margine, invece, del periodo involutivo; se queste si hanno in periodo relativamente precoce, si può parlare di senilità prematura. Non è raro trovare tale distrofia unilaterale.

La cornea non circolare, cioè ellittica, si trova nella lues ereditaria per lo più accompagnata da atrofia spugnosa dell'iride.

Sclerotica. — Leggermente bluastra in gioventù e gialliccia nella vecchiaia. Quando invece è nettamente blu in gioventù e di colore grigio-blu-ardesia in vecchiaia, sta ad indicare sifilide ereditaria specialmente se accompagnata con tendenza alle fratture ed alle lussazioni abituali.

I vari processi patologici dell'*iride* vi lasciano dei segni per cui si hanno atrofie diffuse e circoscritte dopo la lues e la tubercolosi.

La midriasi e la miosi *pupillare*, di significato opposto in gioventù ed in vecchiaia, possono indicare gravi processi organici nervosi e cerebrali, specialmente se sono combinate con disturbi della reazione alla luce ed alla convergenza e dell'accomodazione. Tali disturbi possono aversi per un glaucoma (che pure essendo una malattia locale è espressione di malattie generali), ma più specialmente nella lues, nella tabe, nella paralisi ed anche nell'isterismo.

Per quanto riguarda la *lente*, la presenza di una cataratta minima centrale indica una malattia endocrina della madre nel I-II mese di gravidanza. Se vi sono intorbidamenti dopo la nascita, nel primo mese fanno pensare a tetania, miotonia, diabete. Più frequenti sono tali lesioni nella e dopo la pubertà. La formazione di una cataratta unilaterale può indicare una lesione locale oppure anche una malattia generale e così pure gli intorbidamenti del vitreo.

Le alterazioni della retina e della coroide sono segni di malattie generali, spesso di natura familiare ed ereditaria, del cervello, del midollo spinale, dei reni.

L'esame dell'occhio ha pertanto grande importanza, sia per la medicina generale, sia anche dal punto di vista della profilassi sociale, per la consultazione prematrimoniale. *fil.*

CASISTICA E TERAPIA.

Tipi vari di magrezza.

E. Grafe (*Z. Blatt f. inn. Medizin*, 22 aprile 1933) esamina ampiamente il problema della magrezza-malattia endogena, di cui tratta particolarmente le forme di origine endocrina. Altre forme sono:

La magrezza senile. — È noto che la maggior parte degli individui all'oltrepassare il 7°-8° decennio di vita dimagriscono; talora il dimagrimento è tanto rapido che si pensa alla possibilità di un tumore maligno. In molti casi, l'atrofia colpisce anzitutto il tessuto adiposo specialmente quello cutaneo. I fenomeni possono verificarsi già alla fine del 50° anno. È indiscutibile che nei vecchi che dimagriscono agiscono dei fattori esogeni. La diminuzione dell'appetito è un fatto fisiologico nella vecchiaia, ma con questo non si spiega tutto, mentre vi sono casi in cui la quantità di cibo introdotta non è diminuita. Non si può negare l'esistenza di fattori endogeni, noti ed ignoti. È un fatto che si ha un rallentamento degli scambi e la diminuzione del ricambio materiale che si aggira sul 10-20 %. Ma non si deve ritenere che l'abbassamento del ricambio sia il fatto primitivo e la vecchiaia quello secondario; si tratta, più che altro, di un attributo della vecchiaia. Hanno notevole importanza in questa le anomalie dei sistemi nervoso e circolatorio; le note alterazioni vasali determinano dei disturbi di nutrizione in regioni diverse secondo gli individui ed, in qualcuno, più forti nel tessuto adiposo.

Più importanti sono le lesioni del sistema nervoso centrale, specialmente del cervello: atrofia e processi degenerativi, tanto che si attribuisce la morte fisiologica all'usura del sistema nervoso centrale.

Non si può ancora dire se tali alterazioni senili siano o non la conseguenza delle lesioni vasali e nutritive; trattasi, ad ogni modo, di un circolo vizioso in cui i processi di usura decorrono paralleli. Le anomalie del ricambio sarebbero conseguenze secondarie, come pure le atrofie ed il decadimento di funzione degli increti, specialmente delle ghiandole germinative.

Magrezza da anoressia primaria indefinita. — Caratteristica è per questa categoria di pazienti la mancanza del senso della fame, pur con reperto organico del tutto normale. Come in certe forme di obesità si ha una forma di iperappetito, in questa categoria si ha l'opposto. Per quanto l'origine del senso della fame non

sia ancora stata ben chiarita, si deve ritenere che la parte psichica vi abbia una certa importanza. Si deve pensare che in molti di tali casi si tratti di una ipoestesia centrale per il senso della fame.

Il maggior contingente a questa categoria è fornito dalle donne. Vi sono però individui d'ambo i sessi che, per tutta la loro vita, avvertono il senso della fame in modo del tutto scarso anche dopo lunga astinenza; mangiano per abitudine o per riflessione e se mancano questi due moventi si riducono allo stato di scheletro od anche muoiono. Si tratta per lo più di individui del tipo astenico (di Stiller), che si osserva anche in bambini. Più frequente è la mancanza del senso di fame in certi periodi, specialmente nella fanciullezza ed alla pubertà. Si pensa alla tubercolosi, ad altre malattie; parecchi medici si affrettano a far diagnosi di tubercolosi ghiandolare e poi la condizione, anche senza cure climatiche speciali scompare.

Magrezza con appetito normale od aumentato (consumo di lusso). — È osservazione comune quella di individui, specialmente alla pubertà e nel 3°-4° decennio di vita che rimangono magri nonostante si nutriscano anche abbondantemente; fatti analoghi sono noti anche agli allevatori di animali. In alcuni casi, si tratta di aumentata attività muscolare, che però in altri manca. La condizione richiederebbe uno studio preciso del bilancio calorico. Notevole importanza ha, in tali casi, il bilancio dell'acqua; si tratta per lo più di individui con tessuti secchi, che ingeriscono scarsa quantità di liquidi. Ma poichè il contenuto dell'organismo in acqua non può discendere sotto certi limiti, un bilancio negativo dell'acqua può fornire la spiegazione di questo stato soltanto per un certo periodo di tempo. Anche questa forma di magrezza presenta tuttora molte incognite degne di studio. *fil.*

Osservazioni sull'obesità.

R. M. Wilder, F. H. Smith e I. Sandiford (*Annals of Intern. Medic.*, dicembre 1932) vollero controllare le osservazioni di Lauter e Bernhardt sulla « fase negativa » del metabolismo degli obesi, osservazioni che erano state negate da Strang e McClugage e ciò in accordo col lavoro di Benedict e Carpenter.

Le conclusioni a cui sono giunti sono le seguenti:

La produzione di calore che segue l'esercizio fisico leggero e pesante nell'obeso non tende a cadere al di sotto del livello basale nelle due ore che seguono l'esercizio.

Tenendo l'obeso a dieta che si approssima a quella del metabolismo basale delle 24 ore, si aveva riduzione del metabolismo. La perdita di peso era legata al ricambio idrico ed aveva un rapporto paradosso col riposo in letto, nel senso che col riposo si accelerava mentre si osservava minore perdita di peso in periodi di maggiore attività. Questo paradosso si può spiegare con un'insufficienza circolatoria relativa.

L'insulina, data in dose di 20 unità per ogni pasto, non ha alterato la perdita di peso, mentre la sua somministrazione per 12-30 giorni era seguita da perdita temporanea della tolleranza agli idrati di carbonio con curve glicemiche somiglianti a quelle del diabete mellito, fenomeno che si può interpretare come dovuto ad irritabilità del pancreas messo a riposo. R. LUSENA.

La diatesi essudativa di A. Czerny.

Ne tratteggia il quadro clinico G. B. Allaria (*La Pediatria*, n. 3, 1° luglio 1933) in un fascicolo di omaggio per il compiuto 70° compleanno di A. Czerny.

È a questo A. che infatti risale il merito di aver ben delimitato e dimostrato scientificamente una delle anomalie costituzionali più frequenti nell'età infantile. Fino allora, infatti, durava la nozione tradizionale ed empirica di uno stato anormale dell'organismo in via di crescenza, denominato: crosta lattea, o lattime, che non veniva curato poichè erroneamente si riteneva che rappresentasse un fenomeno di difesa, nel senso di un allontanamento provvido di umori dannosi circolanti, la cui soppressione poteva causare altri danni gravi, compresa la morte improvvisa.

Lo Czerny, invece, dimostrò infondata l'ipotesi etiologica che la malattia fosse da riportare unicamente a cause alimentari, sostenendo come assurdo fosse interrompere l'allattamento materno, essendo sufficiente impedire la sovraalimentazione e migliorare la digestione dei grassi del latte.

Nello stesso tempo sgombrò il campo sintomatologico, escludendo dalla sindrome le manifestazioni di natura scrofolosa, le quali erroneamente vi erano state introdotte.

Creò infine la denominazione di: « diatesi essudativa », definendola come un'anomalia costituzionale che si manifesta durante l'età dell'accrescimento, più intensamente nella prima infanzia, per cessare prima dell'adolescenza.

I caratteri di questa possono oggi così riassumersi: eredità; reazione patologica all'iperalimentazione e alla digestione dei grassi; alterazioni del sistema nervoso; tendenza costituzionale abnorme della cute e delle mucose alla essudazione; labilità termica e vasale; diminuita immunità.

La sindrome, così circoscritta, interessa la cute, le mucose, gli organi linfoidi, la nutrizione generale e il sistema nervoso, estrinsecandosi con una infinità di sintomi morbosi.

M. FABERI.

Rachitismo renale.

Esistono forme di rachitismo che si sviluppano nell'infanzia in rapporto con una nefrite cronica, con cisti congenite del rene o con

persistente idronefrosi bilaterale. Se il bambino sopravvive alla pubertà si può avere infantilismo sessuale.

Un caso è descritto da A. R. Elliot (*The Journ. of the Americ. Medic. Asoc.*, 11 marzo 1933). Si trattava di una bambina di 11 anni, osservata nel 1917 per la prima volta; aveva una pielocistite con dilatazione dei due ureteri e rachitismo. Nel 1928, a 22 anni, fu riveduta per un ginocchio valgo, che desiderava fosse operato; presentava esiti di alterazioni rachitiche alle ginocchia, ai polsi e ai gomiti. Non fu operata perchè aveva anche una stenosi mitralica. Nell'ottobre 1930 la paziente morì per uremia. R. LUSENA.

Diagnosi e cura del m. di Addison.

G. A. Harrop, A. Weinstein, L. S. Soffer e J. H. Trescher (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 10 giugno 1933) curarono negli ultimi due anni e mezzo coll'estratto surrenale corticale 13 casi di m. di Addison. Ebbero 7 morti e 6 malati ancora in vita. Dei 7 morti, in due c'era atrofia corticale, tre tubercolosi surrenale e due tbc. surrenale e di altri organi.

I risultati sono molto scarsi in confronto di quelli pubblicati da altri. Gli AA. credono che questo si possa spiegare col fatto che non tutti i malati creduti addisoniani sono veramente tali; essi credono anche che alcuni sintomi (ipotensione, ipoglicemia, pigmentazione) siano dovuti alla midolla surrenale e altri (astenia, disturbi gastroenterici) alla corteccia. La sopravvivenza è maggiore in malati, in cui prevale la pigmentazione e in cui l'astenia e i disturbi gastroenterici sono meno accentuati.

La pigmentazione della cute e delle mucose è indispensabile per la diagnosi; essa migliora qualche volta per effetto della cura, ma gli AA. non videro mai il drammatico miglioramento da un giorno all'altro che alcuni hanno pubblicato.

La pressione arteriosa è abitualmente bassa.

Gli AA. hanno osservato in 3 casi soli la brusca caduta della pressione colla posizione eretta e questo fatto scomparve durante la cura.

In due casi soli c'erano focolai tubercolari in attività. In uno solo c'era aumento della tolleranza al destrosio. Non fu osservata una accentuazione dell'azione dell'insulina sulla curva glicemica. Nessun elemento diagnostico si può avere dall'uso di tiroide.

Gli animali surrenalectomizzati sopravvivono di più se si fanno loro iniezioni di cloruro di sodio. La surrenalectomia dà disidratazione con aumento dell'eliminazione urinaria del cloruro di sodio e diminuzione della sua concentrazione nel sangue.

Gli AA. descrivono due casi di m. di Addison, in cui la dieta aclorurata provocò crisi di riacutizzazione dei sintomi e miglioramento con ritorno a dieta clorurata senza ormone corticale, mentre nessuna modificazione si ebbe nella sintomatologia usando la dieta aclorurata in un caso solo sospetto ma non sicuro di Addison. Per questo essi usarono con buoni risultati in 4 casi l'aggiunta di cloruro di sodio per os in quantità di gr. 1-6 giornaliere alla alimentazione comune. Essi ritengono che la prova della dieta aclorurata abbia valore diagnostico nel m. di Addison e che l'ormone corticale sia utile veramente solo nei casi in cui prevalgano i disturbi della corteccia su quelli della midolla. R. LUSENA.

Sul trattamento chirurgico degli stati ipotiroidei.

H. Hilarowicz e E. Michalowski (*Zentr. f. Chir.*, 1932, n. 41) hanno provato una tecnica nuova di intervento sulla glandola tiroide per ovviare allo stato di ipotiroidismo nell'uomo. Essi nel cane praticarono la legatura della carotide comune cranialmente dalla biforcazione della a. tiroidea superiore; indi preparazione del fascio vascolare e disposizione su peduncolo della glandola, liberata dal suo nido. Si trapianta facilmente sotto la pelle della nuca, dove essa rimane dopo la guarigione. Sezione secondaria del peduncolo nutriente come organo perfettamente e completamente trapiantato. Si notò nel momento della legatura della carotide un sorprendente aumento della corrente sanguigna nell'arteria tiroidea sup. o veramente una vivace pulsazione dei vasi tiroidei.

Sulla guida di tali esperimenti in una bambina di 6 anni, cretina, legarono la carotide esterna al disopra della arteria tiroidea superiore, prima della linguale. Preesisteva all'operazione un diffuso gozzo, che aumentava sempre; poi forte difficoltà di respirazione e segni somatici di cretinismo. Dopo 3-4 settimane notevole diminuzione delle parti laterali del gozzo e completa scomparsa della difficoltà di respirazione, miglioramento del comportamento psichico. Istologicamente forte cambiamento della struttura glandolare: prima dell'operazione gozzo tipico parenchimatoso; due mesi dopo operazione: quadro istologico normale tiroideo; neoformazione vasale.

V. JURA.

IGIENE.

L'associazione siero-anatossina nella profilassi della difterite.

Nella profilassi della difterite, la vaccinazione per mezzo dell'anatossina trova diffusione sempre più larga. Essa però esige un certo tempo (almeno un mese) prima di stabilirsi e, quindi, non può essere usata durante un'epidemia difterica. In tali casi, specialmente in particolari condizioni (famiglie, istituti, ecc.), serve ottimamente il siero antidifterico, che ha sicura azione profilattica, la quale però non viene ora abbastanza sfruttata, sia per una sopravalutazione dei danni attribuiti al siero in sè, sia per la transitorietà della protezione immunitaria.

Partendo da tali concetti, T. Pontano (*An-*

nali di Igiene, maggio 1933) si è posto il problema della possibilità di abbinare al siero profilattico il vaccino (anatossivaccino), in modo da ottenere che all'immunità passiva conferita dal siero si aggiungesse quella attiva data dall'anatossivaccino. In una serie di numerose esperienze ha affrontato i vari lati del problema e cioè:

1) *Azione del siero all'efficacia vaccinante dell'anatossina*. Il siero iniettato contemporaneamente o poco *prima* dell'anatossina ne annulla l'azione vaccinante. Man mano si distanziano le due iniezioni (facendo sempre precedere quella di siero), l'azione vaccinante dell'anatossina si viene manifestando ed è completa quando l'intervallo è di venti giorni. Anche la diminuzione delle quantità di siero iniettate permette, raggiunto un certo limite, che l'azione vaccinante si manifesti.

2) *Azione dell'anatossina sull'efficacia protettiva del siero*. Il siero mantiene le sue proprietà protettive (immunità passiva) anche iniettando — contemporaneamente o dopo — dosi alte di anatossina; le perde soltanto se le quantità di siero si riducono alle minime dosi protettive.

3) *Influenza reciproca quando l'iniezione di anatossina preceda quella di siero*. Il potere vaccinante dell'anatossina, inoculata 24 ore prima, non è ostacolata dal siero antidifterico, che svolge la sua azione protettiva, senza disturbare l'azione dell'anatossivaccino.

Queste ricerche hanno una duplice importanza teorica e pratica.

Esse dimostrano anzitutto che l'anatossina, pure avendo perdute le proprietà tossiche, conserva tutte le proprietà delle tossine. Con la iniezione contemporanea di siero ed anatossina, questa lega (come fa *in vitro*) le antitossine di quello e viene quindi a mancare l'azione vaccinante. Così si spiega la mancata azione vaccinante quando il siero si inietti contemporaneamente od in precedenza a breve distanza di tempo; si ha invece quando il siero è stato del tutto eliminato.

Al pari della tossina, l'anatossina ha grande affinità per i tessuti viventi ed una volta fissata non può più esserne strappata. Accade allora che il siero iniettato 24 ore dopo l'anatossina non trovi più (ana)tossina libera ed esplichi quindi la sua azione protettiva, mentre l'anatossina, dal canto suo, vada esercitando l'azione immunizzante.

Dal punto di vista pratico, si dimostra in tal modo l'erroneità di abbinare al siero l'anatossina o di far precedere questa da quello.

È invece consigliabile, quando si vogliano ottenere i due scopi della difesa immediata (temporanea) e di quella successiva (duratura) il far precedere l'iniezione di anatossina e, 24 ore dopo, praticare quella di siero. Soltanto in tal modo si otterrà un vantaggio dall'associazione del siero e del vaccino; alla protezione di quella segue così la difesa attiva vaccinica. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

La funzione vasomotrice del simpatico renale.

In base ai risultati di precedenti esperimenti di scapsulamento renale, J. Fabre e Z. Dambrin (*C. R. Soc. Biol.*, t. CXII n. 11 p. 1027) non credono che la vasodilatazione, la quale ne segue, sia dovuta esclusivamente al sistema simpatico, paragonando perciò lo scapsulamento alla simpaticectomia periarteriosa. Gli AA., dagli esami istologici delle precedenti esperienze ammettono che sia dovuto invece al fatto che il parenchima renale, liberato della sua capsula, tenda ad espandersi ed i capillari sono violentemente iniettati. Si tratterebbe perciò di un'azione prevalentemente meccanica.

Per giudicare la funzione vasomotoria del simpatico gli AA. hanno studiato l'effetto dell'eccitazione elettrica del grande splancnico sui capillari corticali. Con esami istologici hanno potuto constatare una diminuzione del quinto del calibro dei capillari, mentre si era notata già macroscopicamente sotto lo stimolo elettrico a carico del parenchima renale una perdita del colore rutilante, che diveniva più scuro.

Se si paragonano i due metodi esperimentati si osserva che la vasodilatazione dovuta a decapsulazione si presenta lentamente, mentre la vasocostrizione da eccitazione elettrica dello splancnico è immediata e tale da dover essere attribuita a modificazione primaria del calibro del ramo.

Notevoli sono le modificazioni di volume delle formazioni vascolari corticali, che sono l'origine delle vene renali. V. Jura.

Enervazione simpatica del rene: la diuresi e le sue modificazioni; studio istologico del rene enervato.

S. Fabre e L. Dambrin (*C. R. Soc. Biol.*, 1 aprile 1933, t. CXII, n. 12, p. 1138) studiarono le modificazioni della diuresi conseguiti alla enervazione simpatica completa del rene, la quale fu praticata bagnando (intingendo) con liquido di Döppler o con triphenol gli elementi dell'ilo renale, ispecie l'arteria renale, nonchè la superficie del rene prima decapsulato. I conigli e i cani così trattati furono tenuti alla stessa alimentazione, e sacrificati in lassi di tempo varii.

Si ottenne un'oliguria nei giorni che seguirono immediatamente al trattamento. Sembrerebbe che lo choc operatorio neutralizzasse l'effetto della vasodilatazione. Solo al 4°-5° giorno dall'operazione il tasso di urina emessa ritorna al normale. Alla fine delle prime settimane l'animale presenta poliuria, che è tanto più netta quanto più l'enervazione simpatica è stata completa.

Gli AA. credono che le modificazioni della diuresi osservate siano dovute alla liberazione ed al riadattamento a vita nuova dei centri nervosi autonomi.

Istologicamente poterono dimostrare che la enervazione simpatica del rene produce una vasodilatazione glomerulare ma non altera le cellule dei tubuli contorti.

V. JURA.

VARIA.

La " silhouette „ della donna contemporanea.

In una cinquantina d'anni, la « silhouette » femminile ha subìto profonde modificazioni. Dai vitini di vespa, in voga sulla fine del secolo scorso, siamo passati alla più completa libertà, lasciata all'espansione del torace e dell'addome. È ormai relegato fra i ricordi... archeologici, l'antico busto, vero strumento di tortura che le eleganti di un tempo stringevano fino all'eccesso: corazza dalla costruzione complicata, con stecche di acciaio e di balena, con numerosi agganci ed un sistema di cordoni che costringevano i visceri sottoposti e ricacciavano verso l'alto ed il basso adipe e visceri. A stringere allora, per la vita una donna, invece della palpitante sensazione di vitalità che oggi ci dà, si aveva l'impressione di abbracciare una statua od un guerriero antico.

È stato verso il 1885 che Frantz Glénard emise le sue vedute sulla ptosi viscerale e mostrò i dannosi effetti del busto sugli organi sottoposti. Le sue idee si fecero strada e, fra il 1900 ed il 1915 si vennero adottando molti modelli di successive modificazioni del vecchio busto che, insieme a tante altre cose, venne spazzato via dalla grande ventata della guerra.

Si andò allora generalizzando l'applicazione di una cintura addominale, che sosteneva le reni, mentre dal 1920 al 1925 si adottò la più completa libertà e la soppressione quasi completa di ogni contenzione. Dal 1925 ad oggi, si tende a ritornare all'applicazione di cinture e di corsetti di vari tipi, per mezzo dei quali si ottiene un certo allargamento della « vita », realizzando anche un buon sostegno ed una buona contenzione dell'addome, pure lasciando la più ampia libertà ai movimenti ed al respiro. Un'utile e necessaria aggiunta, che giova anche all'illusione estetica, è stata quella del reggi-petto.

In una conferenza tenuta recentemente a Parigi, Roger Glénard attribuisce tali modificazioni all'influenza della dottrina delle ptosi viscerali emessa dal padre. È probabile che essa vi abbia contribuito, insieme ad altri fattori di non minore importanza, quali soprattutto il cambiamento di molte abitudini di vita e lo sport, inconcepibile con l'antico busto.

Certamente, ora, l'abbigliamento femminile, salvo certe particolarità come la troppo scarsa copertura delle gambe nell'inverno e le scarpe (che ancora per molte donne, per la forma, la strettezza ed i tacchi alti costituiscono un elemento di tortura) si avvicina alla più desiderabile razionalità. La scomparsa della vecchia giarrettiera sostituita dal nuovo tipo attaccato al corsetto, l'ampia libertà lasciata al collo sono altri vantaggi dell'abbigliamento femminile, invidiabili per noi uomini, costretti da ormai più di un secolo ad un sistema di tubi in cui introduciamo gli arti ed a cui, nelle cerimonie aggiungiamo quel ridicolo pezzo di tubo di stufa che è il cilindro e la scricchiolante corazza della camicia inamidata.

Nella dottrina biologica generale, la femmina passa per conservatrice ed il maschio per iniziatore. Per l'abbigliamento femminile invece (pure riconoscendo che probabilmente le proposte dei cambiamenti sono partite da uomini), si può dire il contrario. Le modificazioni che esso ha subìto e che hanno avuto anche notevole ripercussione sulle arti plastiche dimostrano la grande adattabilità della donna alle nuove correnti che le vengono proposte, mentre l'uomo rimane attaccato alla vecchia tradizione, da cui è sperabile che un giorno finalmente si smuova per avvicinarsi a quell'ideale igienico dell'abbigliamento che la donna ha in parte raggiunto.

A. FILIPPINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. S. C. da T.:

Sull'effetto dei traumi in gravidanza si è molto esagerato: molte volte si tratta di coincidenze o di valutazioni inesatte del prodotto abortivo: a volte l'uovo espulso, se bene esaminato, risulta morto da qualche tempo ed allora cade il rapporto che si credeva causale.

Su questo tema può leggere un cenno di Gaifami in *La Clinica Ostetrica*, giugno 1933 (della incompetenza nei referti in tema di aborti).

È tuttavia vero che la reattività dell'utero agli stimoli è delle più personali; non è da escludere che anche un'estrazione di denti in una gravida predisposta ad abortire acceleri l'aborto; ma non si può dimenticare che si asportano non solo tumori ovarici, ma perfino tumori dell'utero senza che la gravidanza si turbi. Levi dunque pure lei qualche dente... se il caso lo richiede, senza eccesso di paura delle conseguenze uterine...

p. g.

FORMULARIO.

Nello spasmo della vescica.

A. Goldscheider consiglia:

Luppolina	cg.	15
Morfina	cg.	uno
Lattosio	g.	1

Per una polv. di tali, 1-3 al giorno.

Oppure, anche, suppositori di Estratto di belladonna (2-5 cg. per ogni suppositorio).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

46° *Dott. R. D.* — Le norme concernenti i concorsi per la nomina dei medici condotti — eccettuate s'intende certe regole del diritto — non si applicano, salvo richiamo espresso, ai concorsi per il personale ospedaliero. I due ordinamenti sono distinti. Il secondo, cioè quello relativo alle istituzioni di beneficenza, risulta effettivamente dai regolamenti locali. È da ritenere, perciò, che non sia estensibile la esenzione dal limite di età stabilita per gli impiegati comunali e per i sanitari condotti.

È efficace invece la disposizione che, per tutti i concorsi, eleva di cinque anni i limiti di età per coloro che hanno prestato servizio durante la guerra. Nel caso di illegittima esclusione dal concorso, l'interessato può ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale nel termine di giorni 60 dalla comunicazione del provvedimento.

47° *Dottor G. V.* — Il biennio di prova ha effetto dalla data dell'assunzione del servizio in base alla nomina interinale, essendo stata questa eseguita senza interruzione dalla nomina difinitiva. Il licenziamento deve essere deliberato tre mesi almeno prima del compimento del biennio. Il congedo di un mese, sia pure per ragioni di studio, non importa interruzione della prova.

48° *Dottor C. P.* — La deliberazione del Podestà concernente la eventuale istituzione di una seconda condotta dovrà essere approvata dalla G. P. A. in sede di tutela, perchè sia efficace. Qualunque interessato può presentare sue deduzioni all'autorità tutoria per dimostrare che, contenendo in limiti legali e giusti l'elenco dei poveri, la istituzione di un'altra condotta non è necessaria ed importerebbe una spesa inutile o per lo meno evitabile. Qualora la deliberazione sia approvata, si potrà ricorrere contro il provvedimento della G. P. A. al Ministero dell'Interno nel termine di giorni 15 dalla data della comunicazione.

49° *Dottor C. D.* — La giurisprudenza del Consiglio di Stato ritiene che, quando un Consorzio sia sciolto o più Comuni si uniscano in consorzio, non si verifichi un caso di successione tra enti e il rapporto di impiego non si trasmetta de jure. Non è così però, nel caso di fusione o aggregazione di Comuni.

L'art. 30 del regolamento sanitario, 19 luglio 1906, n. 446, attribuisce una indennità, pari ad un anno di stipendio, ai sanitari condotti che siano dispensati per effetto dello scioglimento di un consorzio e non siano riassunti da uno dei Comuni già consorziati o da un Consorzio composto in tutto o in parte dagli stessi Comuni.

È da ritenere che questa disposizione si applichi, per analogia, nel caso di cessazione del rapporto d'impiego comunale per effetto della costituzione di un consorzio.

Ma se il nuovo ente non succede *de iure* nel rapporto d'impiego, non è escluso, è anzi opportuno dal punto di vista amministrativo, che, regolandosi il passaggio del servizio dall'uno all'altro ente, sia stabilito, nell'atto costitutivo del consorzio, il trasferimento del rapporto d'impiego.

L autorità amministrativa in sede di tutela può favorire questa sistemazione. Poichè, nel caso in esame, uno dei Comuni ha un medico condotto titolare e la condotta dell'altro è vacante, sembra ovvio che sia assunto al nuovo ufficio, per disposizione contenuta nell'atto di costituzione del Consorzio, il titolare della condotta comunale.

Qualora questa ipotesi non si verifichi, il licenziamento deve essere deliberato dal Comune, per soppressione di posto, quando il consorzio sarà costituito con provvedimento esecutivo. Non è necessario attendere il risultato del concorso: il nuovo ente può provvedere interinalmente al servizio, non essendo vincolato al precedente rapporto d'impiego comunale.

50° *Dottor L. M.* — Essendo stato perfezionato l'atto di nomina, gli effetti del concorso si esaurirono. La posteriore cessazione del rapporto di impiego per causa di morte, sia pure in dipendenza di condizioni che furono segnalate prima della nomina, non fa rivivere il precedente concorso. Non importa che il periodo di prova non sia stato compiuto. È necessario, in ogni caso, che alla nomina per il nuovo medico condotto si proceda mediante concorso.

51° *Dottor F. R.* — Il rapporto d'impiego interinale ha una condizione giuridica particolare, disciplinata dall'atto di nomina. Questo può estendere ad esso tutte le norme relative al trattamento economico del titolare; ma può stabilire disposizioni speciali. Se all'interino è attribuito lo stipendio mensile in una data misura, senza diritto a indennità per mezzi di trasporto, non si può obbligare il Comune a pagare la indennità prevista per il titolare. L'interino può fare istanza in via amministrativa, specialmente se il rapporto è continuativo per non breve tempo, al fine di indurre l'amministrazione o il Prefetto ad assegnare una indennità a titolo di rimborso.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AMBIVERE. — Vedi MAPELLO.

BASTIDA PAMARANA (*Pavia*). — Scad. 31 lug.; consorzio; L. 11.000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BISCEGLIE (*Bari*). — Scad. 31 lug.; medico direttore del Dispensario Celtico; L. 4000; ritenute di legge; nessun limite di età; tassa L. 50,10.

CALTANISSETTA. *R. Prefettura.* — Scad. 30 sett., ore 18; ufficiali sanitari di Campofranco e di Riesi; L. 5000 e L. 8000, oltre 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; età lim. 45 a.

CANICATTINI BAGNI (*Siracusa*). — Scad. 20 sett.; L. 9700; riduz. 12 %; 4 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CASIER (*Treviso*). — A tutto il 31 lug.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 1° mag.; stip. L. 9500, per uff. san. L. 500, c.-v., trasp. L. 1500-3500; riduz. 12 %; addizionale L. 5 oltre il 20 % della popolaz.

CASOLE D'ELSA (*Siena*). — Scad. 15 agosto; per Monteguidi; L. 8500 e 6 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 3500 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CASTELLAMONTE (*Aosta*). — Scad. 16 ag.; 1ª cond.; L. 9000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 500 bicicl.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CENATE D'ARGON (*Bergamo*). — Scad. 30 sett., ore 18; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre lire 723,70 uff. san., L. 2000 trasp., L. 300 ambulat., addizionali di L. 2 e L. 5 per tutti gl'iscritti, c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 45 a. al 1° luglio; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50.

FERENTILLO (*Terni*). — Scad. 40 gg. dal 23 giu.; L. 9000 oltre L. 600 serv att., L. 4000 per la cura dei poveri fuori centro, L. 350 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 23 giu.

GABINE (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., L. 300 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Scad. 25 agosto, ore 15; vice direttore sanitario dello Spedale di S. Martino; L. 22.500, oltre L. 2500 serv. att., 3 quadrienni di L. 1000; riduz. 12 %; laurea da 6 anni; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° lug. Chied. annunzio.

Scad. 21 agosto, ore 15; 1 aiuto specialista in oculistica e 1 in dermosifilopatia; L. 5000; riduz. 12 %; laurea da 4 anni; nom. e 3 conferme triennali non oltre 45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° lug. Chied. annunzio.

LAURIA (*Potenza*). — Scad. 25 ag.; L. 8000; riduz. 12 %; 6 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

LODIVECCHIO (*Milano*). — Scad. 15 ag.; L. 13.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 850 se uff. san.; riduz. 12 %; trasp. L. 1200; età lim. 35 a.

LUCCA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di medico aiuto del Dispensario Provinciale del capoluogo. Stipendio lire 6000 elevabile a L. 9000 mediante due scatti quadriennali di L. 1500 ciascuno, indennità di servizio attivo L. 1500 annue. Riconoscimento limitatamente ad un quadriennio, del servizio già prestato in posti di ruolo presso altri Consorzi Antitubercolari o presso Istituzioni Antitubercolari Statali o Parastatali. Età massima 45 anni, salvo eccezioni di legge. Scadenza 31 agosto 1933-XI. Per maggiori schiarimenti, rivolgersi alla Amministrazione del Consorzio, che, a richiesta, invierà copia integrale del bando di concorso.

MAPELLO (*Bergamo*). — Per titoli. Condotta consorziale con Ambivere. Assegno residenziale lire 7040; indennità mezzi di trasporto L. 1760; assegno quale Ufficiale Sanitario L. 520; id. per l'ambulatorio L. 440; indennità di L. 2 per gli inscritti nell'elenco dei poveri ammessi all'assistenza ed ai medicinali gratuiti o di L. 5 per gli ammessi alla sola cura medica ed ostetrica; indennità caro-viveri con le riduzioni di legge. L'assegno residenziale e di Ufficiale Sanitario saranno aumentati di un decimo per quinquennio e per cinque quinquenni. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali e rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio Comunale di Mapello, debbono pervenire a detto Ufficio entro il 30 settembre 1933.

MERCATINO MARECCHIA (*Pesaro-Urbino*). — Al 20 sett.; 3ª condotta; L. 8000 oltre L. 3000 cavalc.; c.-v.

MILANO. *Ammin. Provinc.* — Scad. 31 ag.; medico primario o di sezione nell'Ospedale Psich. Provinc. in Mombello di Limbiate; L. 13.000 e 8 aumenti triennali e quadriennali di L. 1400, serv. att. L. 3000; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia.

MUGGIANO (*Pistoia*). — Scad. 23 ag.; 2ª condotta; L. 8000 e quadrienni dec. fino a L. 12.000; c. v.; cavalc. L. 2000; sostituzioni straordinarie L. 25 giornaliere; età lim. 40 a.

ORUNE (*Nuoro*). — Scad. 31 ag.; 2ª cond.; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; ritenuta 12 %; tassa L. 50.

PESARO. *R. Prefettura.* — Posto di ufficiale sanitario pel Comune di Urbino. Per titoli ed esami. Stipendio iniziale L. 7000, lordo delle ritenute di legge e della riduzione del 12 % di cui il R. D. 20 novembre 1930, n. 1491, con quattro aumenti sessennali di un decimo ciascuno. Indennità di servizio attivo L. 1500 annue; più indennità caroviveri nella misura corrisposta al personale sanitario del Comune. Le domande con i prescritti documenti, l'elenco dei quali e relative formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla R. Prefettura di Pesaro, debbono pervenire alla suddetta R. Prefettura non più tardi delle ore diciotto del 31 agosto 1933-XI.

PESCARA. *Amministrazione Provinciale.* — Si rende noto che il termine per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per la nomina del coadiutore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale d'igiene e di profilassi è prorogato sino alle ore 19 del 16 agosto 1933-XI. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria generale dell'Amministrazione provinciale.

PIOMBINO. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 15 agosto, ore 18; primo assistente chirurgo e assistente chirurgo presso l'Ospedale V. E. III; L. 5500 e lire

3000 ridotte del 12 %, vitto, alloggio, partecipaz.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 27 giu.; serv. entro 15 gg. Per altre condizioni chiedere annunzio.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Si partecipa che il termine di scadenza del concorso, di cui il bando del 15 maggio 1933, per il posto di Direttore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi, è prorogato fino alle ore diciotto del giorno 15 settembre 1933.

RIESI. — Vedi CALTANISSETTA.

S. FRATELLO (*Cosenza*). — Scad. 30 lug.; per Acquedolci; L. 8000, oltre L. 2000 cavalc.; deduz. 12 %.

S. AGATA SUL SANTERNO (*Ravenna*). — Al 15 ag., ore 18,30; L. 8500 e 10 bienni ventesimo, oltre L. 2500 trasp., addizionale L. 2 oltre i 1000 pov.; riduz. 12 %; alloggio gratuito se uff. san.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; serv. entro 20 gg.

S. MARGHERITA D'ADIGE (*Padova*). — Scad. 31 lug.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; assegni vari.

STRAMBINO ROMANO (*Aosta*). — Scad. 20 sett.; lire 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500-1000-1800-3500 trasp.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

THIENE (*Vicenza*). — Scad. 10 ag.; 2° reparto.

TOLMEZZO (*Udine*). — Scad. 31 lug.; 2° reparto; L. 9000, oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %.

TRENTO. *Comune.* — Scad. 30 lug., ore 17; condotta suburbana; L. 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 850 uff. san., L. 1000 indennità via, L. 2200 indenn. abitaz., c.-v.; riduz. Chiedere avviso alla Segreteria Generale.

VENEZIA. *Comune.* — Scad. 30 sett., ore 18; medico ispettore delle Scuole: L. 14.000 oltre L. 2500 serv. att.; assistente nella Sez. medico-micrografica e assistente nella Sez. chimica del Laboratorio di Vigilanza Igienica Municipale: L. 12.500 oltre lire 2500 serv. att. e L. 1500 servizio provinciale; per i tre posti 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° luglio. Chiedere annunzio. Rivolgersi: Ufficio Personale del Municipio.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 6 sett., ore 18; 5 assistenti (Sezione Generale Medica, Sez. Gen. Chirurgica, Sez. Ostetr.-Ginec., Sez. Oftalmica e Sez. Radiofisioterapica).

VERCELLI. *Amministrazione provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di assistente per la Sezione Chimica nel Laboratorio di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo iniziale L. 10.000, oltre a lire 2000 annue di indennità, il tutto ridotto del 12 % e delle trattenute di legge. Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio. Documenti prescritti dall'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, oltre al certificato di iscrizione al P. N. F. ed a copia dello stato di servizio per chi abbia prestato servizio militare. Scadenza 15 settembre 1933-XI. Assunzione servizio entro trenta giorni dalla nomina. Chiarimenti e richiesta avviso di concorso alla Segreteria Provinciale.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO

Borsa di studio biennale « Enrico Burci » da conferirsi a un giovane laureato in medicina e chirurgia che intenda perfezionarsi negli studi chirurgici, presso la Clinica Chirurgica della Regia Università di Firenze. L'ammontare della borsa è di L. 4000 annue. Possono partecipare al concorso cittadini italiani e italiani non regnicoli che abbiano conseguito la laurea in medicina e chirurgia da non oltre un biennio alla data di chiusura del presente concorso, e che siano abilitati all'esercizio professionale. I documenti debbono essere presentati alla Segreteria entro il 31 ottobre c. a. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della R. Università di Firenze.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Commissioni giudicatrici dei concorsi a cattedre universitarie.

Fisiologia nella R. Università di Sassari. — Proff. Mario Camis, Virgilio Ducceschi, Antonino Clemente, Alberto Aggazzotti, Gaetano Quagliariello.

Patologia chirurgica nella R. Università di Cagliari. — Proff. Giovanni Pascale, Guido Ferrarini, Giammaria Fasiani, Nicola Leotta, Paolo Fiori.

Patologia medica nella R. Università di Pavia. — Proff. Giovanni Di Guglielmo, Luigi Zoia, Giulio Andrea Pari, Giuseppe Zagari, Maurizio Ascoli.

Anatomia umana normale e istologia nella R. Università di Sassari. — Proff. Carlo Ganfini, Emerico Luna, sen. Riccardo Versari, Ferdinando Livini, Gaetano Cutore.

Clinica Pediatrica nella R. Università di Siena. — Proff. Rocco Jemma, Antonino Longo, Giovanni Battista Allaria, Riccardo Simonini, Olimpio Cozzolino.

Farmacologia e Tossicologia nella Libera Università di Camerino. — Proff. Amedeo Herlitzka, Alessandro Baldoni, Adriano Valenti, Alfredo Chistoni, on. Gaetano Vinci.

Il dott. cav. uff. Luigi Magnaghi, medico capo e segretario del Comitato dei lavori del Duomo di Pavia, è stato insignito da S. S. Pio XI della croce di Cavaliere dell'Ordine di San Gregorio Magno. Il nostro vivo compiacimento.

In esito a concorso, il dott. Giovanni Montalbano, da Favara, è nominato ufficiale sanitario di Agrigento. Congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Il prof. Alessandri negli Stati Uniti.

Il prof. Roberto Alessandri, in seguito ad invito dell'Ospedale Italiano Columbus di New York, si è recato negli Stati Uniti d'America, ove è rimasto dal 22 maggio al 24 giugno ed ha tenuto numerose conferenze, ha proiettato pellicole di operazioni chirurgiche da lui eseguite, ha partecipato a sedute operatorie, a congressi, a riunioni, facendo apprezzare dovunque la nostra tecnica e il nostro sapere e destando un movimento di viva simpatia e di estimazione verso l'Italia nell'ambiente medico.

L'illustre clinico è stato a New York, Newark, Boston, Filadelfia, Baltimora, Washington, Chicago, Milwaukee, Rochester. Per dare un'idea dell'alta considerazione in cui egli è stato tenuto, basti notare che a Boston gli è stata offerta, per una settimana, la cattedra di clinica chirurgica del Cutler; che l'Accademia di Medicina di New York l'ha nominato socio onorario; che a Milwaukee, ove la grandiosa Associazione Medica Americana teneva il suo congresso annuale, l'Alessandri è stato ospite d'onore; sono, queste, distinzioni che negli Stati Uniti vengono riservate solo ai sommi.

Anche al di fuori del campo strettamente culturale, l'Alessandri ha svolto varie azioni significative. Così a Filadelfia ha ottenuto che i medici italiani e quelli di origine italiana provvedessero ad organizzarsi, come in altre città nord-americane. L'azione più importante compiuta dall'Alessandri, debitamente autorizzato, consistette nell'indurre le Autorità federali a riconoscere le lauree in medicina conseguite da italo-americani in Italia, mentre si era minacciato di sospendere il riconoscimento, con nostro discapito morale e troncando i rapporti, divenuti sempre più stretti, fra gli studenti d'origine italiana e la madre patria.

Il prof. Alessandri si è reso, pertanto, sotto molteplici riguardi, benemerito del nostro Paese.

2° Congresso internazionale per la medicina dello sport.

Tra le maggiori manifestazioni internazionali indette in Italia pel prossimo settembre, importante e per le personalità che v'interverranno da ogni Paese, e per il valore scientifico, sociale ed umanitario dei suoi scopi, riuscirà il II Congresso Internazionale di Medicina dello Sport, che il Capo del Governo ha disposto sia tenuto dal 3 al 6 settembre prossimo a Torino, in concomitanza con i Giuochi Internazionali Universitari. L'Italia che, nell'attuale momento, per l'opera mirabile del Governo Fascista, è tutta pervasa di spirito sportivo, recherà un contributo anche a questa branca della medicina, che fiancheggia il meraviglioso movimento ascensionale degli esercizi fisici.

Il Congresso si occuperà principalmente della funzione renale nello sport, dell'alimentazione e dell'allenamento sportivo.

Numerosi e di grande interesse scientifico sono gli annunzi di comunicazioni pervenuti dall'estero, tra cui segnaliamo quelle dei proff.: Boigey, Piedallu, Latarjet, Laugier, Challoy-Bert (Francia); Hug (Svizzera); Michael, Knoll, Schnell, Bauer (Germania); Dybowski (Polonia); Rejis (Olanda); Eszukowaty (Ungheria); Lascar, Ulmeanu (Romenia); Biejin (Lettonia). Tra i relatori italiani notiamo i proff.: Baglioni, Viola, Donaggio, Padre Gemelli, Aiello, Pellegrini, Vinaj, Poggi Longostrevi, Biolato, Cassinis, ecc.

Al Comitato, presieduto dal presidente della Federazione Medici Sportivi prof. Ugo Cassinis, giungono numerose e continue adesioni dall'Italia e dall'Estero; sicchè ormai può dirsi assicurato il completo successo di questa manifestazione.

La settimana medica patavina.

Nell'Università di Padova, alla presenza di circa 200 medici provenienti da tutta Italia, si è svolta la 2ª settimana medica, con numerose e interessanti lezioni e conferenze di illustri personalità. La solenne inaugurazione si è tenuta il 4 giugno, con l'intervento di autorità e professori dell'Ateneo; dopo i discorsi di saluto del segretario del Sindacato medico padovano e del Preside della Facoltà medica dell'Università, ha pronunziato la lezione inaugurale il prof. Meneghetti, direttore dell'Istituto di Farmacologia, che ha trattato il tema: « Il rifiorire della medicina omeopatica e la scienza moderna ».

Il reparto "Forlanini,, all'Ospedale civile di Udine.

A cura del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Udine è stato costruito, nell'Ospedale Civile di questa città, un padiglione per malati di petto, intitolato a Carlo Forlanini. È capace per ora di 138 letti; vi è attuato quanto di più moderno consiglia la tecnica sanatoriale. Due logge aperte per la cura d'aria sono capaci di circa 50 e 60 posti, in seggiole a sdraio.

Il costo si è elevato a 3 milioni di lire, ossia a 22.000 lire per posto-letto, cifra che non deve considerarsi elevata data la perfezione degli impianti.

Due nuovi istituti nosocomiali a Gorizia.

Il 4 giugno, alla presenza di S. A. R. Amedeo di Savoia, duca d'Aosta, e dell'on. Bottai, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, sono stati inaugurati a Gorizia l'ospedale sanatoriale e l'ospedale psichiatrico provinciale. Quest'ultimo è costato oltre dieci milioni di lire ed occupa una superfice di quasi 900 mila metri quadrati, con 17 padiglioni capaci di 500 letti; il sanatorio ha sede in un fabbricato unico, a tre piani nei lati e a quattro nel corpo centrale, situato quasi di fronte all'ospedale psichiatrico, in località assai salubre; esso, che è costato 5 milioni di lire, può disporre di oltre 200 letti ed è dotato di un parco.

Nuovi ospedali sanatoriali sorgeranno a Jesi e a Torino.

Si è riunito a Roma sotto la presidenza dell'on. Bottai il Comitato esecutivo dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale. Importanti deliberazioni sono state prese per il finanziamento di lavori di bonifica e altresì per lavori di pubblica utilità in corso presso varii comuni del Regno.

Per la lotta contro la tubercolosi il Comitato esecutivo ha preso in esame l'opportunità della costruzione di due nuovi ospedali sanatoriali in regioni che ne difettano, e precisamente uno a Jesi ed un altro, di più vasta capacità, a Torino. La decisione è stata favorevole per ambedue le proposte, salvo a definire per l'ospedale di Torino la località in cui dovrà sorgere tra le varie località che sono state proposte.

Il Museo dei ritratti dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Quando il massimo Nosocomio di Milano si sarà trasferito nella nuova, grandiosa sede di via Graziano Imperatore, del palazzo del Filarete prenderà possesso la R. Università per sistemarvi il Rettorato e le Facoltà di legge e di lettere. Ma la presidenza degli Istituti Ospitalieri ha pensato — molto opportunamente — a trattenersi parte del palazzo per i suoi archivi e per la costituzione del Museo dei ritratti.

Ogni due anni, per la tradizionale esposizione del « Perdono », i ritratti dei benefattori dell'Ospedale Maggiore vengono tolti dai magazzini ed esposti al pubblico, ammucchiati gli uni sugli altri, chè le capaci arcate del portico e dei loggiati dell'Ospedale sono divenute insufficienti ad accoglierli tutti, convenientemente (sono ora 537).

Nella nuova sede sarebbe disagevole quest'esposizione, che corrisponde, d'altra parte, alle tassative disposizioni statutarie del 6 dicembre 1602.

Il problema di una differente collocazione di questi ritratti viene ora risolto insieme a quello di tenere continuamente a disposizione degli studiosi quell'importante materiale artistico-storico.

Centro di studi talassoterapici.

Sotto la presidenza del prof. D. Ottolenghi, si è riunita la Giunta esecutiva del Centro di studi talassoterapici di Rimini, per decidere la sistemazione definitiva dell'Osservatorio meteorologico, concretare un piano di studi climatologici e climoterapici e preparare il programma della giornata-raduno dei medici artisti (che avrà luogo in quella città il 19 agosto). Si è pure stabilito di provvedere alla redazione e distribuzione giornaliera, in tutta la spiaggia, di un bollettino climatologico.

Azioni contro il cancro a Vienna.

La città di Vienna contava già un ospedale per cancerosi, istituito da un filantropo americano che, guarito del cancro, aveva, a titolo di riconoscenza, donato i fondi necessari al proprio medico.

Durante la recente riunione della « Società austriaca per gli studi sul cancro » il presidente, prof. Eiselsberg, ha annunziato che un altro filantropo americano ha donato i fondi per un secondo ospedale congenere. Questo conterrà 20 letti e disporrà di una ricchissima installazione di laboratori; ne sarà direttore il prof. Freund.

Inoltre nell'Ospedale Municipale di Vienna è stata istituita una Sezione radiumterapica, con 60 letti; i cancerosi vi sono trattati chirurgicamente e col radium e vi si compie uno studio rigoroso dei singoli casi.

Nella Clinica dermatologica si praticano pure trattamenti dei cancri accessibili, per mezzo del radium; la proporzione dei casi guariti sorpassa quella ottenuta nella celebre « Radiumhemmet » di Stoccolma.

Infine, va notato che la Società predetta e il Municipio di Vienna hanno avviato un censimento accuratissimo dei cancerosi della città.

Commissione di medici tisiologi in Francia.

Con decreto in data 11 giugno è stata istituita in Francia, presso il Ministero della Sanità pubblica, una commissione speciale, composta di 5 medici tisiologi, scelti tra i membri della commissione permanente di preservazione dalla tubercolosi.

La commissione speciale può essere consultata in merito alle domande di congedo di lunga durata, ai rinnovamenti di congedo, alla reintegrazione d'impiegati e in genere in tutte le questioni d'ordine medico che interessino l'amministrazione statale, nel campo della tubercolosi.

Le trasfusioni di sangue in Inghilterra.

Da una relazione della Società della Croce Rossa Britannica risulta che le trasfusioni di sangue a cura della Società predetta sono in continuo incremento: da 1360 nel 1929 si passa a 1627 nel 1930, a 2078 nel 1931, a 2442 nel 1932. In quest'ultimo anno esse furono, in media, circa 7 al giorno; ma in 84 giorni si è andati a 10 od oltre. Si sono avuti 308 datori che cedevano il sangue per la prima volta; altrettanti lo cedevano per la seconda volta e così via, sino a 19 per la 12ª volta, 2 per la 14ª ed 1 per la 45ª.

Per soccorrere gli universitari rimossi dalla Germania.

Si è costituito in Inghilterra un Comitato, « Academic Assistance Council », per soccorrere i professori ed assistenti universitari licenziati o resi dimissionari in Germania: per lo più si tratta di ebrei, in parte anche di estremisti del socialismo oppure di simpatizzanti.

Il Comitato predetto comprende i migliori nomi della scienza inglese, come Reyleigh e Rutherford; per la medicina ne fanno parte Greenwood, Haldane, Hill, Hopkins, Sherrington, Y. E. Smith. In un appello vengono dati i nomi di 164 professori ed assistenti (in massima parte professori), rimossi durante 20 giorni; la lista è incompleta, ma non si è voluto attendere a renderla nota.

Altre manifestazioni si sono pure avute in Inghilterra: per es. il « Times » ha pubblicato una protesta, firmata da 20 professori di Cambridge e di Oxford, contro il licenziamento di Zondek.

In altri Paesi si sono avute reazioni varie; per es. l'Egitto ha dato ospitalità a 200 medici ebrei profughi dalla Germania.

Nella stampa medica.

I due periodici degli Stati Uniti « Archives of Physical Therapy, X-Ray and Radium » e « Physical Therapeutics » si sono fusi; il nuovo periodico mantiene il primo titolo.

L'« Ospedale di Bergamo » è il titolo di un periodico pubblicato a cura dell'Ospedale Maggiore « Principessa di Piemonte » di questa città e diretto dal dott. G. Chiodi, il quale dirige anche il grande nosocomio; accoglie gli Atti della Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

« The Nature of Disease Journal », fondato, diretto e redatto da J. E. R. McDonald, è organo ufficiale del « Nature of Disease Institute » (abbreviato in « N O D Institute ») dello stesso autore. Esce in volumi. Il secondo volume, di circa 200 pagine, ora pubblicato, tratta i seguenti soggetti: la degenerazione arteriosa; lo shock; le infezioni autogene; reca anche un'introduzione ed un epilogo; è scritto di sana pianta dal McDonagh. Può aversi dalla Ditta: William-Heinemann (Medical Books) Ltd., Greet Russel Street 99, London W. C. I., Inghilterra (al prezzo di 7 s., 6 d.).

4° viaggio di " Minerva Medica ,,.

Anche per quest'estate la rivista « Minerva Medica » ha organizzato il suo viaggio-crociera che è il quarto della serie.

Esso avrà la durata di 18 giorni: dal 30 agosto al 17 settembre, ed ha per mèta il Mediterraneo, la Spagna e Lourdes.

Nella prima sua parte il viaggio verrà fatto per mare a bordo del lussuoso piroscafo « Amazzonia » della Compagnia Cosulich, il quale ha tutte cabine esterne. Si partirà da Genova il 30 agosto, e si sbarcherà a Cadice il 4 settembre, toccando Marsiglia, Barcellona, le isole Baleari.

A Cadice si inizierà la seconda parte del viaggio, visitando le città di Granata, Malaga, Cordova, Madrid, Barcellona, e infine Lourdes.

Il prezzo del viaggio varia dalle 2250 alle 2750 lire a seconda delle categorie di posto sul piroscafo « Amazzonia ».

Per informazioni rivolgersi alla Amministrazione della rivista « Minerva Medica », via Martiri Fascisti 15, Torino.

Viaggio medico in Russia.

Sotto il patronato dei dottori Debré, Desmaret, Jean-Louis Fabre, Hovelacque, Leveuf, Mondor, Roux-Berger e Roussy, sono stati organizzati due viaggi medici in Russia, uno dei quali per il luglio, l'altro per l'agosto.

Per informazioni rivolgersi alla: Banque Commerciale pour l'Europe du Nord, service de tourisme, avenue de l'Opéra 26, Paris.

Un monumento a Widal.

L'8 luglio è stato inaugurato, nella Clinica medica dell'Ospedale Cochin a Parigi, un busto di Fernand Widal. Alla cerimonia intervennero il ministro dell'educazione nazionale Daniélou ed altre autorità, la vedova ed il figlio del Widal, moltissime personalità della medicina, tra cui alcune dall'Estero, quali Morquio di Montevideo, Domínguez di Cuba, ecc.

Parlarono il prof. Bezançon, presidente del Comitato ordinatore; Mourier, direttore generale dell'Assistenza Pubblica; Lemierre, per gli allievi; Daniélou, per il Governo. Il monumento si fregia di alcuni bassorilievi; reca solo due date, 1862-1929, e l'elenco delle principali scoperte di Widal: Sierodiagnosi - Citodiagnosi - Patogenesi degli edemi - Fenomeni di choc - Cura declorurante - Azotemia - Classificazione delle nefriti - Colloidoclasia.

Epidemia di dermotifo nel Cile.

Una improvvisa epidemia di tifo esantematico è scoppiata a Santiago ed ha indotto il Presidente della Repubblica a proclamare lo stato di assedio della città per facilitare la rigorosa applicazione dele misure sanitarie atte a combatterla. Il focolaio d'infezione è stato individuato nei ricoveri dei disoccupati. Le cause dell'epidemia sono fatte risalire allo stato di prostrazione dei ricoverati, soprattutto di quelli giunti dalle campagne, tutti insufficientemente nutriti da lungo tempo, ed all'ondata di freddo verificatasi a Santiago (che ora è in pieno inverno). Sino al 15 luglio erano accertati 326 casi e 50 morti.

Le autorità hanno mobilitato tutti i medici disponibili e stanziato un primo fondo di 200.000 pesos. È stato nominato un dittatore sanitario al quale fa capo tutta l'organizzazione della campagna. I ricoveri dei disoccupati sono stati accuratamente disinfestati.

Il Governo è convinto di poter ormai debellare l'epidemia, data la tempestività con cui le misure sanitarie sono state applicate.

A chi appartengono i roentgenogrammi?

Il Tribunale di Dayton, nell'Ohio (Stati Uniti), ha risolto il seguente caso. Un dentista, Leas, aveva praticato una roentgenografia ad una cliente; aveva poi stabilito la diagnosi e prescritto un intervento; tariffò la pellicola 10 dollari e le competenze per le prestazioni ulteriori sino allora, 5 dollari. La cliente rifiutò l'intervento; chiese la pellicola, ma il Leas non la cedette. Per questo motivo il marito della cliente non volle corrispondere che 5 dollari. Il Leas intentò causa e la Corte ha riconosciuto che i roentgenogrammi non appartengono ai clienti, salvo intese preliminari; ha perciò condannato la parte resistente.

Manoscritto di Franklin donato a un ospedale.

L'Ospedale di Pennsylvania, a Filadelfia, venne fondato da Beniamino Franklin, il quale dettò anche l'iscrizione di una lapide muraria. Il manoscritto dell'iscrizione passò nelle mani di un amministratore, Robert Vaux, e poi migrò in Germania, dove è stato scoperto e acquistato da un bibliografo, A. S. W. Rosenbach, di Filadelfia. Ad iniziativa del dott. Francis A. Packard, si sono raccolti i fondi per farne l'acquisto ed il 1° maggio scorso il manoscritto venne donato all'Ospedale.

Un po' dovunque.

L'Associazione delle Biblioteche Mediche degli Stati Uniti ha tenuto il suo convegno annuo dal 19 al 21 giugno, nella « Northwestern University » di Chicago, sotto la presidenza del dott. Walter R. Steiner.

Come di consueto, durante il mese di aprile si sono svolti nel Giappone i principali congressi medici: di medicina interna, chirurgia, igiene, patologia, tisiologia, roentgenologia, endocrinologia, microbiologia.

Varie sezioni della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi si sono adunate di recente: siciliana (24 marzo), ligure (27 aprile), pugliese (4 maggio), toscana (28 maggio), lombarda e veneta (28-29 maggio), della Venezia Tridentina (18 giugno), emiliana-romagnola (25 giugno). I resoconti sono o saranno dati per esteso in « Lotta contro la tubercolosi ».

Il 22 giugno si è tenuta a Catania, nell'aula di Clinica Medica, la seduta inaugurale della Sezione Siculo-Orientale della Società Italiana di Chirurgia della bocca ed Ortopedia dento-facciale, di cui fu nominato presidente onorario il prof. Sebastiano Gussio e presidente effettivo il dott. A. De Luca. Dopo i discorsi inaugurali e la distribuzione delle cariche sociali vennero svolte e discusse alcune comunicazioni.

La Società Medico-Chirurgica Veronese si è adunata il 1° marzo e il 1° aprile sotto la presidenza del dott. F. Delaini. Furono fatte comunicazioni dai dottori: prof. Viana, prof. Zorzi, prof. Zanni, prof.a Pavia, F. Fiorini, M. Artom, prof. G. Montanelli, S. Fiocco.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 18 maggio, sotto la presidenza del prof. Coletti. Furono fatte comunicazioni dai dottori Ventura, Gritti, Tomasi, Baroni, professor Tramontini, Fabris, Rossi.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 5 aprile e il 3 maggio, sotto la presidenza del prof. M. G. Pieri, segretario il dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai dottori: G. Lise, prof. G. Pieri, G. Gottardi, prof. M. Lapenna, M. Poltronieri, G. Mancini.

Si è costituita in Inghilterra una « British Health Resorts Association » per promuovere e migliorare le stazioni idrominerali nazionali; ha tenuto una riunione a Leamington Spa.

Con decreto del Capo del Governo, Ministro delle Corporazioni, sono state emanate le norme per la commisurazione e la riscossione dei contributi per l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Un Consiglio nazionale di cultura intellettuale in Spagna è stato istituito dal ministro della pubblica istruzione; alla presidenza è stato chiamato il dott. Teofilo Hernandez, professore di farmacologia e terapia alla Facoltà medica di Madrid, fondatore di una Scuola di gastropatologia, membro d'onore del prossimo Congresso di terapia indetto a Parigi.

L'amministrazione dell'Opera per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia ha notificato ai Prefetti che per l'anno scolastico 1933-34 saranno probabilmente vacanti 7 posti nel Convitto, di cui 5 nella Sezione maschile e 2 in quella femminile.

Una delegazione medica della Società delle Nazioni è stata incaricata di un'inchiesta sanitaria in Polonia, della durata di 5 settimane.

L'8 giugno venne celebrato il 10° anniversario dell'istituzione dell'aviazione sanitaria svedese, la quale ha reso servigi inestimabili in regioni che per parecchi mesi dell'anno sono del tutto isolate dai ghiacci. Il servizio venne creato dalla Croce Rossa Svedese per iniziativa del principe Carlo di Svezia, fratello del re Gustavo V.

Al 2° Congresso internazionale dell'aviazione sanitaria, adunatosi a Madrid, era indetto un concorso per aeroplani sanitari; il primo premio fu assegnato all'apparecchio « Lublin » della Polonia.

Con decreto legge i due Ospedali di Milano Fatebene-fratelli e Fate-bene-sorelle (con annessa Causa Pia Agnesi) sono stati fusi in una sola istituzione autonoma, con che viene sanzionata e completata una deliberazione ministeriale del dicembre 1925. I due Ospedali sono perfettamente attrezzati; la sede verrà conservata entro la cerchia dei vecchi Navigli; la capacità dovrà essere di almeno 450 letti.

S. M. la Regina ha visitato il Padiglione Zonda dell'Ospedale Maggiore di Milano, diretto dal prof. Donati.

S. A. R. la principessa di Piemonte ha visitato la Clinica ostetrica dell'Università di Napoli, diretta dal prof. Miranda.

Il presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, prefetto Spano, ha visitato la Poliambulanza del Sovrano Militare Ordine di Malta, diretta dal prof. Arnaldo Biasiotti.

L'« United Hospital Fund » degli Stati Uniti ha ripartito, lo scorso maggio, 2 milioni di dollari (pari a oltre 30 milioni di lire it.) fra 56 ospedali di New York, proporzionalmente alle prestazioni gratuite fatte.

L'Ospedale Infantile di New York, di cui era stata minacciata la chiusura per mancanza di fondi, resterà ancora aperto almeno durante l'estate, grazie all'attività della presidente, sig.a W. Thorne Kissel, che ha raccolto 50.000 dollari, i quali coprono metà del *deficit* accusato; la campagna prosegue.

Il dott. Simonini e il prof. Negro, dell'Ospedale Cottolengo di Torino, hanno anunnziato alla R. Accademia di Medicina di questa città, nella seduta del 16 giugno, di aver trattato con successo l'artrite primaria cronica, mediante estratti del lobo posteriore dell'ipofisi.

Il prof. Vittorio Bedarida, direttore dell'Ospedale Civile di Vasto, ha tenuto una conferenza sul tema « Il successo in chirurgia ».

Un censimento dei medici della Germania pubblicato nel « Reichsmedizinelkalender » e relativo al 1° novembre 1932 dà 52.518 medici, tra cui 3405 donne. Rispetto al 1930 si ha un aumento di 3,56 % (2,9 per gli uomini e 6,4 per le donne). I pratici raggiungono il 74,1 %.

Il numero dei medici registrati in Inghilerra al principio del 1933 risultò di 55.932, tra cui 3391 donne.

Ha avuto luogo la premiazione delle gare d'igiene indette nelle Scuole elementari del Comune di Milano a cura della Reale Società Italiana d'Igiene; la cerimonia si è svolta nel Castello Sforzesco; hanno parlato il prof. Veratti, presidente della Società, il dott. Ravasio per il Comune e il sen. Cappa.

La donna che aveva ucciso il chirurgo cileno A. Dodds (il quale ne aveva operato il figlio senza riuscire a salvarlo), condannata in prima istanza a 10 anni di lavori forzati, in appello ha ottenuto la riduzione della pena a 4 anni.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 14 apr. — v. ROMBERG. Astenia. — MORAWITZ. Critica e compiti del trattam. delle anemie.

Bull. Trim. de l'Org. d'Hyg., mar. — W. R. AYKROD. Regime alimentare e deficienze economiche. — L. HIRSZFELD. La febbre tifoide in ambiente rurale.

Riv. San. Sicil., 1 apr. — F. PURPURA. La trasfusione del sangue.

Brit. Med. Journ., 15 apr. — A. F. TREDGOLD. La cosidetta neurastenia.

Presse Méd., 8 apr. — A. BESREDKA. L'immunità locale passiva. — A. BASSET. Rachianestesia alla percaina; tecnica di Quarella. — 12 apr. C. GERNEZ e al. Batteriofagoterapia delle infezioni tifoidi.

Rev. Belge d. Sc. Méd., feb. — A. SIMONARY. Derivati della colina.

Mediz. Welt, 15 apr. — V. SCHILLING. Patologia degli eritrociti. — H. HANDOWSKY. Valore terapeutico dei metalli pesanti e in specie del rame.

Paris Méd., 15 apr. — Numero d'idro-climato-fisio-terapia.

Journal A. M. A., 1 apr. — A. R. BERNHEIM. Bisogno e utilizzazione del calcio. — J. L. FETTERMAN e H. J. KUMIN. Deidratazione nell'epilessia. — C. E. DOLMAN. Tossoide stafilococcico nelle infezioni da stafilococchi.

Surg., Gyn. a. Obst., apr. — A. OCHSNER. Radiodiagnosi dell'ileo. — J. J. DU MARTIER. La resistenza delle ferite in via di guarigione alle infezioni.

Acta dermato-venereologica, 5. — Resoconto dell'8° Convegno della Società dermatologica del Nord.

Gaz. d. Hôp., 12 apr. — A. CARRIÈRE e al. Glucosio e insulina nelle insufficienze cardiache. — AUVRAY. Il prof. Alessandri.

Id., 15 apr. — J. REGARD. La torsione delle trombe uterine.

Deut. Med. Woch., 21 apr. — GAUSS e MARGRAF. I narcotici esplosivi; profilassi. — v. PANNEWITZ. Roentgen-terapia dell'arthritis deformans.

Arch. dell'I. B. I., feb. — M. M. MAINO. Sterilizzazione ormonica. — D. GANASSINI. Diagnosi generica e specif. del sangue colla reaz. Ganassini.

Rif. Med., 15 apr. — E. LOEWENSTEIN. La bacillemia tbc. nelle malattie nervose. — C. CICERI e G. ARRIGONI. Il sangue negli affetti da ulcera gastrica e duod.

Presse Méd., 15 apr. — G. PARTURIER e A. PONT. Fegato e lesioni gengivo-dentarie.

Id., 19 apr — F. MAIGNON. I grassi nell'utilizzazione delle proteine. — G. LECLERC e J. PONT. Sciatica traumatica.

Surg., Gyn. a. Obst., mag. — F. L. MELENY. Infezioni gangrenose della pelle. — A. A. DAVIS. Tbc. intestin. ipertrofica.

Amer. Journ. Med. Sc., mag. — L. PICK. Xantomatosi. — A. J. QUICK e M. A. COOPER. Funzionalità epatica. — C. HINES. Digestione delle proteine in soggetti con anacidosi. — J. L. TYNER. Lo stato pre-diabetico.

Med. Ibera, 6 mar. — J. G. CRIADO. Igiene prenatale. — DIAZ e GÓMEZ. Il problema del dolore degli arti amputati.

Med. Klinik, 12 mag. — G. KELLING. La stitichezza abituale. — A. SCHNEIDERBAUR. Diagn. della trombosi cardiaca.

Klin. Woch., 13 mag. — M. GUNDER. La regressione della tbc. — T. H. SCHREMS e C. CARRIÉ. Fisiologia e fisiopatologia della eliminaz. della porfirina.

Deut. Med. Woch., 12 mag. — SCHOTTMÜLLER. Diagn. differ. del m. di Weil. — VAN CAPELLEN. Terapia con ormoni sessuali.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 31 Luglio 1933 - XI Num. 31

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Istituti di Patologia Medica e di Clinica Medica
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PARMA.

Neoplasia del pancreas.

LEZIONE CLINICA

per il Prof. LUIGI PRETI, direttore.

È questo uno dei 7 malati, che ho promesso di illustrarvi per un sintomo in comune che essi presentano, cioè la tinta itterica dei tegumenti. Questo sintomo però per ciascun malato proviene da cause diverse. Cercheremo oggi nel paziente, che vi sta davanti, di stabilire la sede, la natura della lesione che l'ha prodotto.

S. Edmondo, di anni 69, vedovo, calzolaio, da Vigatto. Perdette il padre per asma quando questi raggiungeva il 60° anno di età. Gli morì la madre di 68 anni per malattia, che non ricorda; la moglie, di 37 anni, per tubercolosi polmonare; un fratello per polmonite. Ha 2 figli, che godono ottima salute.

Il paziente nulla ci offre di importante nel suo passato, perchè nessuna malattia ebbe a soffrire all'infuori della scarlattina, della quale più nulla ricorda.

Dall'età di 10 anni è un artigiano della calzatura. È stato uno strenuo bevitore di vino ed un forte fumatore.

Riferisce che verso il gennaio di quest'anno, i suoi familiari notarono come la sua cute andava colorandosi in giallo, mentre egli stesso constatava che le sue orine assumevano una tinta oscura e le feci si facevano chiare. Cominciò ad essere tormentato da prurito. In prosieguo di tempo il colorito giallo della cute si fece più marcato. Si aggiunse senso doloroso all'epigastrio. Frattanto era comparsa sete intensa e fame e poliuria. Dopo due mesi da questi disturbi il paziente notava che le sue forze erano sensibilmente diminuite, e che in tre mesi aveva perduto 18 Kg. di peso del corpo. La colorazione itterica non subì mai alcuna regressione e le feci, sempre chiare, avevano assunto una particolare consistenza pastosa.

Ora l'ammalato accusa debolezza generale, facile stancabilità, malessere indefinito, prurito cutaneo, dolore gravativo, quasi continuo, all'epigastrio, polifagia, polidipsia, poliuria, alvo facilmente libero.

All'esame obbiettivo si rilevano i seguenti dati:

Impalcatura scheletrica regolare, stato di nutrizione scadente, come lo dimostra la pelle flaccida per riduzione del pannicolo adiposo e dei muscoli. La cute e le congiuntive pallide sono

tinte in giallo e qua e là con riflessi verdastri. T. asc. 36°,6; polso ritmico uguale, piuttosto molle, 58; respiro 20.

Nulla di speciale menzione al capo se si eccettua il colorito dei padiglioni auricolari, che sono quasi esangui. Nulla di speciale rilievo al collo, all'apparato respiratorio ed al cuore.

L'addome è tumido ed assimmetrico per maggior espansione del quadrante superiore di destra, con fossetta epigastrica ed ombellicale appianate, senza rete venosa. Si palpa una resistenza, che occupa parte dell'epigastrio di destra, e la regione epigastrica; su questa resistenza ritorneremo fra poco. Nelle parti basse dell'addome si ha senso di fluttuazione. Con la percussione si mette in evidenza una ottusità mobile secondo la gravità, ottusità che in posizione semiseduta arriva a 2 cm. sopra la sinfisi pubica con linea arcuata a concavità verso l'alto.

Il fegato è leggermente aumentato di volume; deborda inferiormente dall'arco costale di 2 cm. dal prolungamento dell'emiclaveare; il margine superiore tocca la 5ª costola sull'emiclaveare; la consistenza è leggermente aumentata; la superficie è liscia. Palpando il margine inferiore del fegato si avverte che dalla massa epatica inferiore pende tra la linea mediana e la parasternale destra una tumefazione di consistenza elastica a superficie uniforme, avente la forma di una grossa pera, pressochè indolente.

La milza non è ingrandita: il polo inferiore non deborda dall'arco costale; il margine superiore si mette in evidenza con la percussione alla 9ª costola sull'ascellare posteriore; il margine anteriore tra la linea ascellare media ed anteriore.

Se approfondiamo la mano in corrispondenza della regione epigastrica, appena sotto l'ala del fegato, avvertiamo una resistenza mal definibile, piuttosto dura, che si perde profondamente, disposta in senso trasversale, resistenza, che sembra a tutta prima far corpo col fegato, ma che invece devesi ritenere indipendente da esso, perchè se con una mano fissiamo l'ala del fegato e con l'altra la supposta resistenza, ed invitiamo il paziente a respirare profondamente, possiamo constatare che mentre il fegato segue i movimenti respiratori, la resistenza in questione resta fissa.

Nulla abbiamo a dire a carico dello stomaco e dell'intestino.

Riassumendo quanto abbiamo rilevato a carico dell'addome e dei suoi visceri, possiamo concludere: *a*) che esiste un modico versamento addominale, presumibilmente costituito da un liquido trasudativo, poichè mai fu constatata febbre ed anche perchè esso gode di una completa mobilità in rapporto all'atteggiamento del corpo; *b*) che il fegato è un po' aumentato di volume e di consistenza e che con ogni verosimiglianza l'appendice, che si palpa dipartirsi dalla sua faccia inferiore è la cistifellea notevolmente ingrandita; *c*) che esiste una resistenza abnorme disposta trasversalmente, indipendentemente dal fegato, perdentesi profondamente e fissa.

Prima di iniziare la discussione del caso credo utile darvi notizia degli esami usuali, riservandomi di fornirvi particolari referti di alcune ricerche speciali durante la trattazione.

Le orine fortemente colorate contengono pigmenti biliari ed urobilina.

Le feci hanno l'aspetto come di mastice e sono bianche cretacee; non contengono sangue ed all'esame microscopico sono ricche di globuli di grasso, di fibre carnee, di nuclei, di caseina.

Il liquido ottenuto mediante puntura esplorativa dell'addome è giallastro, contiene bilirubina ed ha i caratteri di trasudato (densità 1010, Rivalta negativa, nel sedimento cellule endoteliali, scarsi mononucleari).

Siero diagnosi di Wassermann e di Meinicke sul siero di sangue: negative.

* * *

Ci troviamo dinnanzi ad un uomo di 69 anni, calzolaio, senza dati nel gentilizio degni di rilievo, se si eccettua la morte della moglie per tubercolosi polmonare e senza dati nella anamnesi personale all'infuori del suo etilismo. L'anamnesi recente ci rende edotti di due fatti iniziatisi in maniera subdola tre mesi or sono: 1) un ittero progressivo, preceduto da urine ipercromiche, accompagnato a feci acoliche ed a prurito cutaneo; 2) notevole diminuzione del peso del corpo malgrado la polifagia, con dolori epigastrici irregolari non in relazione coi pasti.

Il primo quesito, che dobbiamo proporci di risolvere è quello della natura dell'ittero: si tratta di ittero totale o parziale? La presenza del prurito cutaneo, molesto, denunciato dal paziente, e la bradicardia, ci autorizzano ad ammettere che in circolo debbono esistere non solo i pigmenti ma anche i sali biliari: e quando questi due elementi sono presenti siamo autorizzati a pensare che l'ittero è totale, cioè che l'ittero è da ritenzione; ed in questa affermazione ci conforta anche la determinazione della bilirubina del sangue, la quale, come voi sapete, quando viene rilevata col metodo di Hjmans van den Berg mediante la reazione diretta, depone per una bilirubinemia da ritenzione e nel caso nostro il tasso bilirubinico è stato di 14 unità a reazione diretta.

Assicuratici che l'ittero è da stasi per i sintomi clinici rilevati e per la reazione diretta della bilirubinemia, possiamo andare oltre ed affermare che si tratta di un ostacolo al deflusso biliare se teniamo conto anche dell'acolia delle feci.

Dove tale ostacolo ha sede? Dentro o fuori del fegato? Ricordiamo che l'esame obbiettivo ci ha messo in grado di stabilire che dalla faccia inferiore del fegato tra la linea mediana ed il prolungamento della parasternale di destra si stacca un corpo a guisa di pera col maggior ovoide in basso, corpo che per la sede, la forma e la consistenza viene riconosciuto essere la cistifellea ingrandita; e così essendo, l'ostacolo deve aver sede per lo meno al disotto dello sbocco del cistico nel coledoco.

Passiamo ora in rassegna le varie condizioni morbose, aventi sede a valle della cistifellea, capaci di condurre a stasi biliare occlusiva. Calcolo incuneato nel coledoco; neoplasma della cistifellea o del coledoco o dell'ampolla di Vater o della testa del pancreas o più diffi-

cilmente del piloro o del colon trasverso, o come possibilità ancor più lontana lesione delle ghiandole alla porta hepatis.

Se consideriamo che nel nostro malato si è andato formando quasi parallelamente all'ittero una raccolta liquida nel cavo peritoneale coi caratteri trasudativi, come abbiamo presunto dai dati clinici e come ci ha confortato l'esame del liquido, vien fatto di pensare che l'ostacolo, con ogni probabilità al deflusso biliare, agisce anche sul circolo portale provocandovi una stasi, e perciò esso deve risiedere in una zona, dalla quale possa dominare ed il circolo biliare ed il circolo portale. Ed allora possiamo senz'altro abbandonare l'ipotesi di un calcolo incuneato nel coledoco sia perchè un calcolo in questa sede se può interessare il deflusso biliare, non può influire sul circolo portale, e prendere in considerazione le altre possibilità.

Esclusa la possibilità di una neoplasia pilorica o del colon di destra, mancando per la prima eventualità il vomito, e non essendovi ostacoli alla progressione fecale per la seconda, la nostra attenzione non può rivolgersi che alla neoplasia della cistifellea o dell'ampolla di Vater o della testa del pancreas.

Nessun elemento probativo noi possediamo in favore della prima e della seconda ipotesi: riusciamo a palpare la cistifellea enormemente ingrandita, ma constatiamo che la sua consistenza non è tale da far pensare che essa sia in preda ad un processo etero-plastico, mentre invece avvertiamo una resistenza in sede diversa da quella della cistifellea e del duodeno. Abbiamo invece molti elementi probativi, anamnestici ed obbiettivi, a favore di una neoplasia della testa del pancreas.

La resistenza, che per la sua sede ci ha fatto escludere una neoplasia della cistifellea e dell'ampolla di Vater, è, come abbiamo detto, situata profondamente sotto il margine epatico, disposta trasversalmente, dotata di una certa fissità anche nei movimenti respiratori, resistenza dunque che presenta dei caratteri propri della ghiandola in questione. Ma un altro dato ben più importante ci viene fornito dall'anamnesi: il paziente, che, si badi bene, ha perduto 18 kg. di peso in 9 mesi, è anche afflitto da una penosa sensazione di fame e di sete, che non è difficile riferire ad un'alterazione del metabolismo idrocarbonato, e nel caso presente, quindi ad un'alterazione della funzione endocrina del pancreas.

Che cosa dice il laboratorio a conferma ed a complemento di questo nostro indirizzo diagnostico? Il laboratorio può essere particolarmente utile per saggiare anche partitamente le funzioni pancreatiche, che sappiamo abbastanza complesse.

Cominciamo dalla funzione esocrina: solo una sua assenza totale sarebbe sicuramente rilevabile, perchè sarebbe facile dimostrare nel succo pancreatico e nelle feci la mancanza dei suoi fermenti (tripsina, diastasi, lipasi). Se per stenosi dei canali secretori viene a cessare od a diminuire notevolmente il passaggio dei fermenti nel lume intestinale li troveremo mancanti o notevolmente diminuiti nelle feci, ed aumentate invece nel sangue e nell'orina perchè, essendo la loro produzione normale e non potendo essere eliminati, verranno assorbiti e quindi passeranno nel sangue e di qui nelle orine. Se poi non vi è stenosi dei detti biliari, ma una considerevole alterazione della ghiandola avremo una ridotta produzione e pertanto riduzione più o meno cospicua, non solo nelle feci, ma anche nel sangue e nelle orine.

Prendiamo in considerazione dunque i tre fermenti pancreatici che conosciamo. Se la tripsina manca nel succo duodenale, le albumine verranno incompletamente digerite e le troveremo immodificate o quasi nelle feci fino nella proporzione del 70-80 % di quelle introdotte. Ma anche senza ricorrere al dosaggio delle albumine fecali, noi possiamo praticamente accontentarci della ricerca microscopica delle fibre muscolari, dei nuclei e della caseina nelle feci. Per quanto si riferisce alla diastasi basterà determinare le unità diastasiche nelle feci, nel sangue e nell'urina. Una diminuzione di esse nelle feci, con contemporaneo aumento nelle orine, ci conduce ad ammettere una normale produzione con difficoltà di escrezione, cioè stenosi dei dotti escretori; se invece la diminuzione si rileva contemporaneamente anche nelle orine e nel sangue, dobbiamo pensare a deficiente produzione del fermento e perciò a distruzione del parenchima ghiandolare esocrino.

Riguardo alla lipasi noi sappiamo che essa trasforma i grassi neutri in acidi grassi e, se essa viene a mancare, troveremo nelle feci un aumento dei grassi neutri. Si è anche stabilito un rapporto tra grassi neutri + acidi grassi e saponi, che in condizioni normali è uguale ad 1. Quando la lipasi è diminuita questo rapporto tende ad aumentare. A scopo clinico è sufficiente a denunciare la diminuzione della lipasi e l'aspetto cretaceo lucente delle feci e l'aumento dei grassi neutri nei preparati microscopici di feci trattate col Sudan III.

Applicando queste cognizioni al caso in questione, noi abbiamo osservato che la diastasi nelle feci è ridotta a 48 unità, cioè molto meno di quanto esiste in condizioni fisiologiche, poichè normalmente se ne possono trovare fino a 1000 unità; mentre nel sangue e nelle orine si sono dosate rispettivamente 50 e 48 unità, cioè una quantità inferiore al normale, essendovene fisiologicamente nelle orine circa 55 e nel sangue 100 unità. Deduciamo quindi che vi è una minor produzione diastasica. Infine abbiamo constatato che le feci del nostro paziente hanno un tipico aspetto di mastice

e sono straordinariamente ricche di grassi neutri e contengono fibre muscolari, caseina in notevole quantità. Siamo autorizzati pertanto ad affermare che il fermento triptico e lipasico sono scarsamente rappresentate nel lume intestinale.

E non essendovi alcuna ragione che questi due fermenti abbiano una sorte diversa dalla diastasi, per la quale fu dimostrata una minor produzione, così possiamo dire che anche nei riguardi della tripsina e della lipasi vi deve essere una minor produzione da parte della ghiandola, e per ciò vien fatto di pensare che nel nostro paziente esiste una lesione dell'apparato esocrino del pancreas.

Non solo la parte esocrina della ghiandola è alterata ma deve essere alterata anche la parte endocrina. Il paziente è tormentato da bulimia e da polidipsia, e mangiava e beveva molto, eppure in breve tempo ha perduto 18 kg. di peso; ha un tasso glicemico a digiuno di 1,54 ‰ ed una modica glicosuria. Ora tutto ciò è un indice di una insufficienza anche endocrina, legata probabilmente ad una lesione delle isole di Langherans.

Abbiamo dunque una insufficienza funzionale esocrina ed endocrina del pancreas: ma questa concordanza non è obbligatoria, anzi è noto come talora vi possa essere un antagonismo fra le due funzioni. Ricordo a questo proposito le esperienze fatte nel nostro Istituto da Maugeri, il quale, distruggendo la parte esocrina del pancreas, otteneva un aumento di insulina; comunque nel caso nostro la constatata alterazione della funzione endocrina conferma *ad abundantiam* la già supposta lesione pancreatica.

Concludendo possiamo dire che tanto i dati clinici diretti, quanto quelli indiretti e di laboratorio ci conducono ad escludere una lesione al tubo digerente, e ad ammettere invece una lesione interessante il pancreas e capace di comprimere il coledoco e la vena porta. Dopo ciò se teniamo conto dell'età del paziente, del modo di insorgere e di decorrere della forma, del grave deperimento generale, dell'assenza di fenomeni infiammatori, della negatività anamnestica, clinica e serologica di un'affezione luetica, della frequenza, con cui le statistiche anatomiche indicano la neoplasia come causa quasi esclusiva di simili lesioni pancreatiche, siamo condotti a sostenere che di neoplasia si tratti e perciò precisiamo ancora la nostra diagnosi: neoplasia del pancreas comprimente la porta ed il coledoco, donde ittero ed ascite.

Il malato va rapidamente verso la cachessia marantica e la prognosi è infausta a breve scadenza.

La terapia non può essere che sintomatica. Si dovranno combattere: le crisi dolorose epigastriche ricorrendo alla morfina per via ipodermica, il prurito con alcool acetico o con pomate al mentolo. Si è cercato di somministrare in via sostitutiva dei fermenti digestivi (pancreatina, takadiastasi) ma il risultato pratico, come voi ben potete supporre, è stato nullo. Non dovremo trascurare l'ascite soprattutto per i disturbi compressivi, che dà luogo sul cuore e sul respiro, e ricorreremo quindi alla paracentesi ogni qualvolta che la intolleranza soggettiva del paziente la richiederà.

L'ammalato ha continuato a peggiorare: si è dovuto praticare un paio di volte la paracentesi; ed infine è mancato il 12 giugno.

All'autopsia praticata il giorno successivo si è trovato: stomaco di ampiezza normale, mucosa liscia: piloro normale.

Duodeno coperto di muco, colorito della mucosa nerastro. La papilla di Vater non è pervia.

Il pancreas si presenta duro. Il dotto di Wirsung è molto dilatato con ripiegature ed infossamenti della mucosa. Questa dilatazione appare in tutto il suo decorso dalla coda fino in corrispondenza del corpo ed al di fuori di esso vi è un focolaio emorragico della grandezza di una noce. Anche in corrispondenza della testa del pancreas, in vicinanza dello sbocco in duodeno vi è un focolaio emorragico della stessa grandezza. La testa sembra più consistente che di norma. Al taglio è conservata la lobulatura; le pareti del dotto di Wirsung sembrano ispessite ed imbottite. Il coledoco pure è molto dilatato; al punto dello sbocco, dove confluisce col Wirsunghiano, sembra che vi sia una imbottitura circolare (probabile punto di stenosi di entrambi i canali). La cistifellea è molto dilatata, distesa da bile scolorita, fluida; le pareti sono assottigliate.

Il fegato è ingrossato, ha un colorito verde variegato da stasi biliare. Cava e porta normale. L'esame istologico ha messo in evidenza un cancro da epitelio cilindrico molto alto (dei tuboli secretici).

Diagnosi anatomica: cancro primitivo della testa del pancreas con occlusione della papilla duodenale, dilatazione del wirsunghiano e del coledoco con idrope della cistifellea e comprensione della porta; ittero ed ascite.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Semeiotica Medica della R. Università di Roma

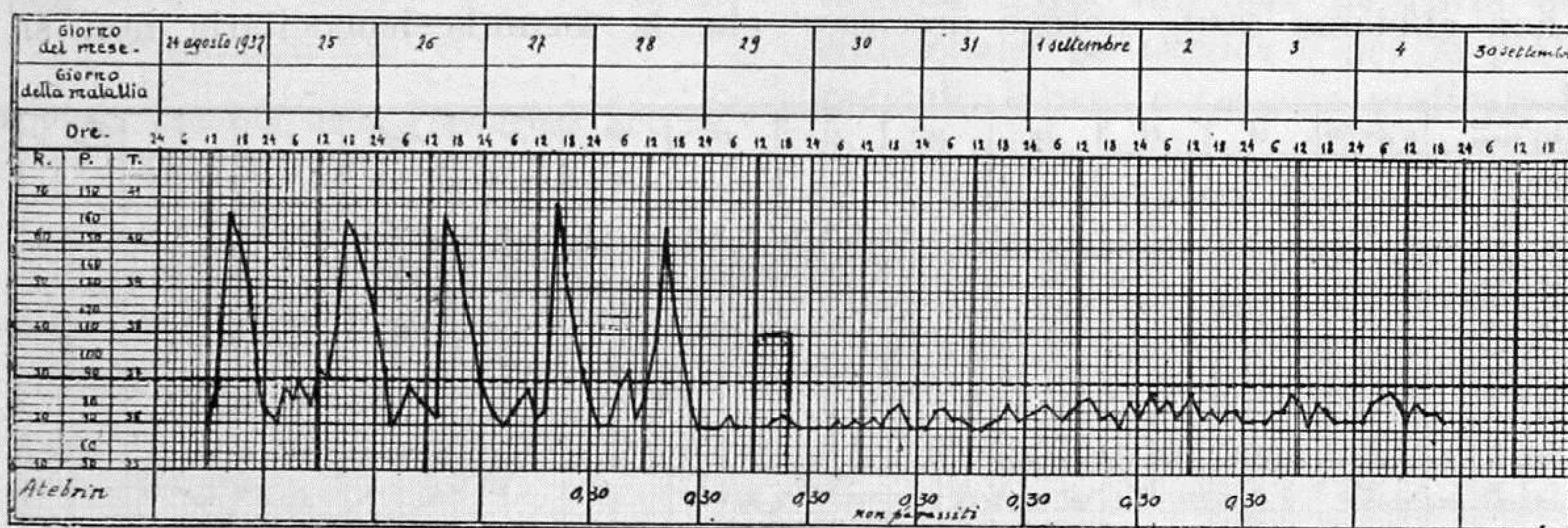
SCUOLA SUPERIORE DI MALARIOLOGIA.

L'Atebrin nella cura delle febbri di malaria.

Dott. G. MAROTTA e U. PERATONER, assistenti (1)

Abbiamo curato con Atebrin durante la stagione malarica estate-autunno di quest'anno 45 malarici così ripartiti per la forma clinica: 21 malati di terzana primaverile; 22 malati di terzana estivo-autunnale; 2 malati di quartana. male. Le grafiche mostrano che nella terzana semplice, dopo la prima dose di Atebrin si è avuto o un piccolo accesso nel giorno successivo, oppure si sono avuti due piccoli accessi nei due giorni successivi, talvolta un accesso elevato. Nella terzana doppia, nel giorno seguente alla prima dose di Atebrin, l'accesso febbrile si è sempre avuto; quello successivo spesso è mancato oppure è stato di lieve entità; raramente è stato elevato (grafica 1).

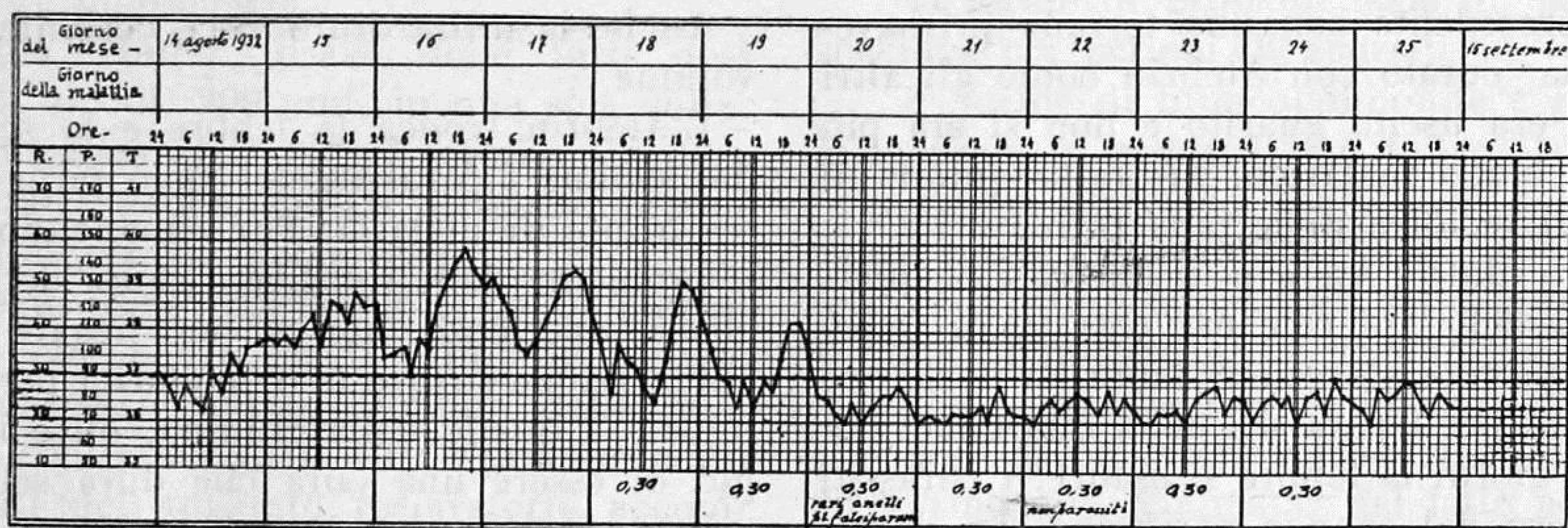
Abbiamo esaminato il sangue dei nostri infermi tutti i giorni e abbiamo constatato che il Pl. vivax scompariva dal sangue periferico costantemente al 4° giorno di cura (anche in goccia spessa). Anche i gameti scomparivano entro 5 giorni: in un caso è stato trovato un gamete dopo la fine della cura.



GRAFICA 1.

Abbiamo somministrato l'Atebrin ai nostri infermi, prescindendo dalla forma di malaria, alla dose di 30 cgr. al giorno per 7 giorni consecutivi. La dose giornaliera è stata data in alcuni casi frazionata in 2 o in 3 porzioni; in altri casi tutta in una volta. Nella terzana primaverile ed anche nella estivo-autunnale senza caratteri di estrema gravità abbiamo somministrato la prima dose di Atebrin alla fine dell'accesso febbrile ovvero, nell'estivo-autunnale quando la temperatura mostrava una netta tendenza a raggiungere la cifra nor-

Gli infermi, trattenuti il più a lungo possibile, cioè fino a un massimo di giorni sessanta, in Ospedale dopo la fine della cura, non hanno recidivato: ad ogni modo nulla possiamo dire di ciò che è avvenuto di loro dal momento in cui hanno lasciato l'Ospedale.



GRAFICA 2.

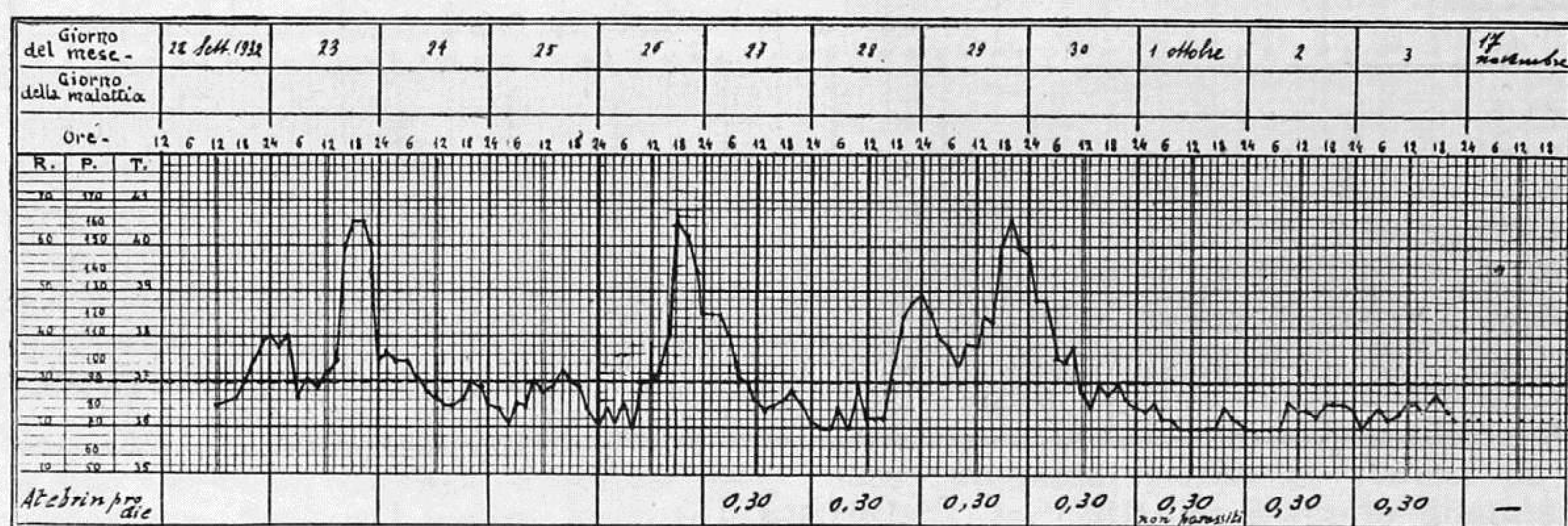
Interessante è stato il comportamento dei malati di malaria estivo-autunnale: essi hanno avuto tutti un accesso febbrile dopo la prima dose di Atebrin; molti hanno avuto anche un altro piccolo accesso; però la durata di questi è stata sempre di parecchie ore minore degli

(1) Il lavoro è stato eseguito in collaborazione trattandosi di casi osservati nei due reparti ai quali essi sono separatamente assegnati.

accessi precedenti alla cura. I parassiti al terzo giorno erano rari ed al quarto giorno solo rintracciabili in goccia spessa (grafica 2). I gameti, se presenti prima della cura, non sono stati sensibilmente influenzati dall'Atebrin; in qualche caso sono scomparsi durante la cura o dopo la fine della cura analogamente a quanto si vede anche durante la cura chininica e non certo in rapporto con essa. Abbiamo assistito alla scomparsa spontanea delle semilune in alcuni casi, anzi uno degli infermi che si era comportato in tale modo è stato rivisto dopo 4 mesi ed egli ci ha riferito di non aver avuto mai febbre e di sentirsi benissimo.

Della maggior parte dei malati trattati con l'Atebrin non abbiamo avuto notizie precise, ad eccezione di uno che nei primi giorni di febbraio 1933 è stato ricoverato in altro reparto perchè presentava accessi febbrili quotidiani con reperto abbondante nel sangue di plasmodium vivax. Il malato era stato da noi nell'agosto precedente con una terzana primaverile doppia; curato con Atebrin come gli altri ammalati era uscito guarito e non si era più recato in luogo malarico. Si tratta quindi di un caso di recidiva di terzana primaverile.

Abbiamo usato l'Atebrin in due casi di quartana. Una delle inferme era entrata in Ospedale con piccole elevazioni febbrili; il sangue era positivo per i parassiti della quartana. Dopo alcuni giorni la febbre si esaurì: i parassiti scomparvero dal sangue periferico. La donna fu curata con l'Atebrin in queste condizioni e durante i due mesi successivi di degenza al Reparto non ha avuto più febbre. L'altro caso riguarda una donna che aveva una quartana tripla con accessi elevati ogni quarto giorno e altri due piccoli e brevi accessi negli altri due: nel sangue tre generazioni di parassiti. Incominciata la somministrazione di Atebrin alla fine del grande accesso, si ebbero piccole elevazioni febbrili nei due giorni successivi all'inizio della cura, poi venne l'accesso maggiore nell'ora e nel giorno attesi. In seguito completa apiressia e sangue costantemente negativo durante un periodo di osservazione di due mesi (grafica 3).



GRAFICA 3.

L'Atebrin è un preparato che si può somministrare tranquillamente alla dose di 30 cgr. al giorno per sette giorni consecutivi. Non provoca disturbi accessori subiettivi come ronzii, cefalea, sordità ecc.

La colorazione gialla della cute che si osserva in un certo numero di casi è senza importanza ed è dovuta unicamente al giallo di acridina del preparato. Negli uomini si vede poco.

L'esame del sangue dimostra in ogni caso che la formula leucocitaria non si modifica con il medicamento e che anche la leucopenia resta invariata. Viceversa migliora notevolmente l'eventuale anemia per un aumento dei globuli rossi e dell'emoglobina, certamente in rapporto alla guarigione delle febbri.

Anche la milza diminuisce costantemente di volume.

L'Atebrin tronca la febbre e fa scomparire dal sangue i parassiti del ciclo pirogeno delle tre forme di malaria. Pur rimanendo insoluto il problema delle recidive a causa delle insufficienti esperienze, non si può negare che esso abbia azione sui parassiti malarici per lo meno uguale a quello della chinina, oltre il vantaggio di essere una cura che dura sette giorni soltanto e che non dà i disturbi accessori del chinino.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno esperimentato l'azione curativa dell'Atebrin in 45 malarici (21 di primaverile, 22 di estivo-autunnale, 2 di quartana) e hanno constatato che essa troncando la febbre malarica dimostra un'azione sui parassiti per lo meno uguale a quella della chinina. Ne consigliano l'uso per il vantaggio di essere

cura breve e di non dare i disturbi accessori del chinino.

Circa le recidive dichiarano l'esperienza ancora insufficiente.

BIBLIOGRAFIA.

Garcia de Cosa C. Medicina de los País. Cál., 31 gennaio 1933.
Kikuth W. Riv. Malariologia, 1932, n. 2.
Id. Riv. Malariologia, 1932, n. 3.
Mühlens P. Münch. med. Woch., 1932, n. 14.
Orenstein A. J. British med. Journ., 2-VII-1932.
Peter F. M. Progressi di Terapia, 1932, n. 4.
Tonnard-Neumann E. & Drenowski A. K. Arch. für Sch.- u. Tr.-Hyg., luglio 1932.
Zschucke J. Conferenza Acc. Medica di Roma, giugno 1932.

Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.
Ospedale Sanatoriale di Camerlata.
Prof. F. Parodi, direttore.

Nota clinica sull'alcoolterapia nelle malattie polmonari.

Dott. F Calvi, assistente.

Le iniezioni endovenose di alcool sono state introdotte in terapia dapprima da Thursz per la lotta contro le affezioni cancerigne, e poi per le affezioni generali di natura batterica (febbre puerperale-endocardite subacuta).

Nel corso di questo esperimento si osservò però che le iniezioni di alcool davano un certo miglioramento della malattia fondamentale, ma spiegavano una azione quasi elettiva nelle complicanze polmonari.

Dapprima Thursz, usava delle forti dosi massive di alcool, 200 cm³, in una sola volta, in una soluzione al 30 %, all'iniezione a dose massiva, oltre a danneggiare il fegato producevano obliterazione delle vene.

Fu Fejegin (*La Presse Médicale* del 30 dicembre 1931) che portò per il primo le proprie osservazioni sul risultato ottenuto dalle iniezioni di alcool al 33 % in tutti i processi acuti e sub-acuti dell'apparato respiratorio accompagnate da espettorazione purulenta abbondante.

Ad evitare i danni sopra lamentati, A. Landau e S. Kamer (*La Presse Médicale*, 1932) diminuirono la concentrazione portando la soluzione dal 33 % al 20 %, praticarono le iniezioni endovenose a giorni alterni nella dose di 20 cc. estendendone la indicazione anche alle forme bronchiettasiche ed ai casi di ascesso polmonare.

A. Costa in due casi di cancrena polmonare circoscritta (*Minerva Medica*, 1933) ebbe ottimi risultati. Diego Furlando e Ferdinando da Silva Araújo di Lisbona (*Lisboa Medica*, 1932) in casi di polmonite lobare e di broncopolmonite influenzale alle localizzazioni polmonari, e ultimamente Maurig Hamburger e Guerrin nella setticemia grave (*Presse Médicale*, 1933).

Nessun principio dottrinale spiega gli ottimi e incontestabili risultati che si ottengono in pratica: parrebbe che l'alcool, trattenuto dalle cellule del sistema reticolo endoteliale del polmone, agisca (in situ) sulla causa dell'infezione, diminuendo la attività, la virulenza dei microbi ed eccitando l'attività della produzione degli anticorpi da parte del tessuto endoteliale. La tecnica è per lo più scevra di pericoli; è però necessario praticare le iniezioni con molta lentezza; l'iniezione provoca senso di dolenzia talora aurente che si propaga lungo il decorso della vena, che col finire della iniezione endovenosa cessa completamente. Anche colla soluzione al 20 % dopo alcune iniezioni la vena si occlude e per ritornare pervia dopo un po' di tempo. Io ho trattato complessivamente 47 casi. Le forme trattate sono:

1) forme tubercolari polmonari con complicanze bronco-pneumoniche acute non tubercolari;

2) forme specifiche polmonari con complicanze bronco-pneumoniche specifiche susseguenti ad emottisi;

3) forme di tubercolosi fibrose con bronchiettasia e suppurazione cronica da comuni germi;

4) forme di bronchiettasie di natura non specifica coi periodi di acuzie;

5) forme di broncopolmonite e polmonite influenzale in soggetti non tubercolari.

1) *Forme tubercolari polmonari con complicanze broncopneumoniche acute non tubercolari.* — In dieci casi caduti sotto la mia osservazione, il trattamento si è fatto con iniezioni quotidiane via via crescendo sino ad arrivare alle dosi di 50 cmc., sempre in soluzione al 20 % sino alla scomparsa del fatto acuto.

Sino dall'inizio del trattamento lo stato generale dei miei pazienti si migliorava sensibilmente, presentando, in certi casi, uno stato euforico spesso contrastante colla temperatura e con tutti gli altri segni della malattia.

La temperatura, in genere a tipo continuo remittente, con remissioni mattutine di qualche grado, è andata gradatamente scendendo senza più riprendere la punta termica iniziale. L'escreato ricco di germi comuni, si è modificato notevolmente nella qualità, perdendo il carattere muco purulento; parallelamente

alla modificazione della qualità, l'escreato si è modificato nella quantità, diminuendo gradatamente sino a raggiungere quasi delle quantità trascurabili. Localmente si è assistito ad una graduale scomparsa dei fatti umidi, sino alla detersione dei focolai morbosi; in alcuni casi, dopo circa dieci giorni, altri dopo venti, trenta giorni. I fatti locali si sono notevolmente modificati sino a regredire quasi del tutto.

2) *Forme specifiche polmonari con complicanze broncopneumoniche specifiche susseguenti ad emottisi.* — In questi casi, 15 in tutto, ho seguito lo stesso trattamento dei precedenti. I risultati però sono stati del tutto differenti, non avendo potuto ottenere nessuna modificazione del decorso regolare. Si è avuto in tutti la confluenza e colliquazione successiva dei focolai con formazione di escavazione.

Se qualche vantaggio si è avuto, questo ha solo consistito da una parte nella scomparsa della flora batterica associata e nella diminuzione transitoria della quantità dell'escreato, e dall'altra un minore defedamento delle condizioni generali dei pazienti.

3) *Forme di tubercolosi fibrosa con bronchiettasia e suppurazione cronica da germi comuni.* — Tali forme, in numero di sei casi, sono state trattate con iniezioni in vena a giorni alterni sempre nella medesima quantità, 20 cc. della soluzione alcoolica al 20 %, dopo venti iniezioni è stato sospeso il trattamento ed è stato ripreso coll'intervallo di un mese. I vantaggi si possono così riassumere:

Nessuna modificazione sulla cura termica nel maggior numero dei casi trattati, modificazione rilevante invece nella qualità dell'escreato perdente oltre la purulenza, il caratteristico fetore, e quel di più la riduzione sulla quantità, che da 10 grammi in certi casi si è ridotta a pochi grammi; e poi la modificazione apprezzabile della flora batterica in queste forme. Per i fatti locali si è raggiunto financo la detersione dei focolai morbosi.

4) *Forme di bronchiettasie di natura non specifica nei periodi di acuzie.* — In queste forme, in numero di otto, si è incominciato il trattamento dell'alcool sino dall'inizio della fase acuta, praticando un ciclo di iniezioni come per le forme pneumoniche.

I risultati ottenuti sono stati rilevanti per quanto riguarda la temperatura e l'escreato, il quale, procedendo nel trattamento, è andato via via perdendo il carattere purulento e il fetore, e si è andato riducendo nella quantità. Localmente abbiamo notato una graduale riduzione dei fatti umidi, sino alla completa scomparsa.

5) *Forme di pneumonite e broncopolmonite influenzale in soggetti non tubercolari.* — In queste forme, in numero di otto, si è fatto il trattamento dal manifestarsi dei primi sintomi alla comparsa dei fatti acuti, con iniezioni quotidiane, via via crescenti, sino ad arrivare alla dose di 50 cc.[3] di alcool etilico in soluzione al 20 %. In via generale si sono ottenuti dei buoni risultati: defervescenza sino dalle prime iniezioni nei casi lievi, andamento più benigno nei casi gravi; fluidificazioni dell'escreato e modificazione del suo carattere mucopurulento. Gli esami ripetuti hanno via via messo in evidenza una graduale riduzione della flora batterica comune, e della quantità dell'escreato.

Localmente si è assistito ad una progressiva riduzione dei fatti congestizi e del reperto steto-acustico, sino alla scomparsa senza riacutizzazione dei focolai precedenti. Il polso, piccolo e frequente all'inizio; procedendo nel trattamento è divenuto sempre più valido; lo stato generale si è avvantaggiato notevolmente.

RIASSUMENDO:

1) La tecnica non presenta alcuni inconvenienti, poichè in nessun caso si è avuto obbliterazione delle vene, anche usando dosi alte, sempre nelle proporzioni del 20 % di alcool etilico.

2) Le concezioni circolatorie renali ed epatiche non sono state per nulla influenzate.

3) Nelle forme croniche tubercolari, se l'alcool non determina alcuna modificazione del decorso, giova talora nelle riacutizzazioni, sia affrettando la risoluzione dei fatti congestizi, sia spiegando la sua azione sulla flora batterica associata.

4) Nelle forme influenzali comuni con complicanze broncopneumoniche la sua azione risolvente è notevole.

CONCLUDENDO:

Dai dati suesposti ci sembra di poter affermare che l'alcool trovi la sua migliore indicazione nelle forme influenzali comuni, spiegando la sua azione quasi elettiva sulla flora batterica associata; e di conseguenza si può estendere la sua indicazione nelle forme croniche tubercolari.

RIASSUNTO.

L'A. si è giovato dell'alcool etilico al 20 %, per iniezioni endovenose, in dosi quotidiane crescenti fino a 50 cmc., per il trattamento di 47 casi di affezioni bronco-polmonari, ritraendone benefizi marcati nelle bronco-polmoniti influenzali e nelle bronchiettasie non specifiche, benefizi più o meno evidenti in forme tubercolari varie.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sifilide esofagea

per il dott. Vittorio Ponzoni
Specialista in Radiologia Medica
e Terapia Fisica - Lodi (Milano).

Tutti gli Autori concordano sulla rarità della sifilide esofagea. Rara la forma acquisita, eccezionale quella congenita, essa ha come sede preferenziale il terzo superiore dell'esofago. La lesione anatomo-patologicamente consiste in neoformazioni gommose nella sottomucosa; tali gomme variamente ed irregolarmente sviluppandosi vengono a sporgere nel lume esofageo e possono così stabilire una stenosi.

Ma la modalità più frequente pel formarsi del restringimento non è questa: per solito prima che le gomme in via di accrescimento giungano ad obliterare totalmente il canale, cadono in un processo di rammollimento in seguito al quale si ulcerano versando il prodotto della loro liquefazione in esofago.

In questo stadio il paziente nota un miglioramento dovuto alla momentanea maggior canalizzazione esofagea e crede in una spontanea regressione del male. Migliorìa illusoria, che in prosieguo di tempo le ulceri tendono a cicatrizzarsi e le conseguenti retrazioni connettivali adducono progressivamente a restrizioni sempre maggiori, fino a stabilire la stenosi assoluta.

Altra possibilità, oltre le due suddette è che le gomme senza ulcerarsi ma invase da un processo di sclerosi, si arrestino nel loro ulteriore sviluppo coartandosi, raggrinzandosi su loro stesse, fino a provocare stiramenti sulle pareti causa di obliterazione.

Clinicamente la malattia esordisce con disfagia manifesta e dolorosa; non quindi il quadro acuto dei restringimenti cicatriziali consecutivi ad ingestione di caustici, nè l'improvvisa disfagìa dell'esofagismo spastico dei neuropatici e degli isterici, ma piuttosto una affinità di decorso con la forma carcinomatosa.

Sono dapprima i cibi solidi che scendono a fatica, indi i poltacei ed i liquidi stessi non riescono più a sorpassare l'ostacolo.

I dolori localizzati al punto della lesione possono irradiarsi alla spalla e si può osservare paralisi del nervo ricorrente.

Gli altri segni clinici (percussione vertebrale e paravertebrale con rilievo di ipofonesi; in corrispondenza dell'ectasìa soprastenotica, ascoltazione di gorgoglìo che si prolunga dopo l'ingestione di liquidi per il lento filtrare dei medesimi attraverso il tragitto ristretto) sono comuni alle stenosi di altra natura.

Anche l'aspetto del P. le cui condizioni fisiche generali decadono in rapporto alla denutrizione fino a stabilire un quadro di cachessìa sul tipo di quella carcinomatosa, nulla arreca di contributo alla diagnosi. Lo stesso sondaggio da praticarsi con le dovute cautele, potrà illuminarci sulla sede, sul grado della stenosi; potrà offrirci dati di probabilità (il ritrarre la sonda coperta di muco-sangue parla per il carcinoma) ma nulla più.

Se l'anamnesi e la R. Wassermann possono aiutare a precisare la natura della lesione, la negatività di esse può talora far abbandonare il P. al suo fatale destino di morte per inanizione.

La durata del decorso (lunga=sifilide; breve =cancro) può fino ad un certo punto essere un solido argomento per la diagnosi differenziale. Infatti mentre sono descritti casi di carcinoma esofageo durati oltre due anni, Rosenheim ne cita uno durato 10 anni.

Ma i mezzi d'indagine che nell'esame dell'esofago offrono più ricca messe di risultati sono l'endoscopìa e l'esame radiologico.

L'esofagoscopìa può dare rilievi importanti; le gomme si presentano come tumefazioni rosse liscie protundenti nel lume esofageo; se ulcerate hanno margini a vallo, sono rotondeggianti ed il fondo è lardaceo.

Se la stenosi è dovuta alle retrazioni cicatriziali od agli stiramenti di sclerosi delle gomme, si osserveranno cercini serrati coperti da mucosa leucoplasica chiazzata di bianco, tipiche briglie connettivali.

La necessaria specializzazione dell'esaminatore per la difficoltà ed i pericoli inerenti all'esame, fanno per solito trascurare tali mezzi di indagine che solo — con la visione diretta della lesione — potrebbe fornirci elementi buoni alla diagnosi differenziale.

L'indagine Röntgen, mezzo principe di visione, delle alterazioni del tubo digerente, per le luci che apporta e per l'innocuità del tecnicismo quasi sempre, quando sia praticato da un esperto e metodico indagatore, può dirci la causa di una disfagìa.

Cause intrinseche ed estrinseche, alterazioni organiche o disturbi di innervazione ci appariranno allo schermo fluorescente, qualora, istruiti delle loro modalità di manifestarsi, le ricerchiamo pazientemente con la tecnica appropriata ed ancora riusciremo a precisarne i più fini dettagli con radiogrammi tempestivi.

Ma se la radiologia può sincerarsi che la disfagìa è dovuta ad una sacca diverticolare piuttostochè ad una massa mediastinica comprimente il canale, ad un megaesofago piuttostochè ad un restringimento organico, essa non può offrirci dati sicuri sulla natura delle varie stenosi.

Il Busi infatti ci dice: L'immagine imbutiforme è la sola caratteristica di una stenosi ci-

catriziale. Negli altri casi, se l'anamnesi non soccorra con il ricordo di un precedente fatto traumatizzante, infiammatorio o caustico la radioscopia non è da sola in grado di riportare la stenosi alla sua vera origine e soprattutto di differenziarla da una stenosi neoplastica.

Ed il Busi ancora ci avverte: In tutte le forme di carcinoma esofageo (e questo valga per tutti gli altri possibili tumori dell'esofago) in cui il restringimento sia anulare, in cui perciò l'estremo inferiore della colonna opaca sia regolarmente curvilineo, la diagnosi differenziale colle altre specie di stenosi, riesce impossibile stando col reperto radiologico.

Non sempre una frastagliatura del contorno soprastenotico è indizio di un neoplasma. Il Parola, ad es., cita un caso di stenosi cicatriziale con simile aspetto.

Sappiamo infine che un fatto organico, come un'ulcera peptica od un carcinoma possono sfuggire all'esame perchè mascherati da un restringimento spastico a monte di essi.

Nella letteratura radiologica non sono frequenti le descrizioni di lue esofagea. Fra i pochi Autori che si occuparono dell'argomento ricorderemo lo Stradiotti che sotto il titolo « Sifilide esofagea? Carcinoma! » descrive un caso di stenosi esofagea radiologicamente controllato e localizzata a circa 3 cm. sotto il livello della cricoide di cui anamnesi, decorso, siero-diagnosi e cura *ex juvantibus* antiluetica con subita, spiccata miglioria generale facevano ritenere una sicura natura sifilitica. Il P. quando, dopo tre mesi di cura, già stava per essere considerato guarito, venne a morte per un processo acuto pneumonico e l'autopsia rivelò come l'esofago per 6 cm. in lunghezza fosse perifericamente infiltrato da tessuto che macroscopicamente già si presentava come neoplastico e che all'esame istologico si dimostrava costituito da un'infiltrazione epiteliale di tipo pavimentoso.

Lo Stradiotti dopo aver ampiamente vagliati i segni differenziali possibili tra sifilide e cancro esofageo, (sede, decorso ecc...) dopo essersi chiesto se era possibile evitare l'errore, ritiene fallaci tutti i criteri clinici per il pleimorfismo sia della sifilide che del cancro che non fanno « che realizzare la sindrome della stenosi esofagea » e nessun valore affida neppure al criterio curativo, adducendo un altro caso di un sifilitico portatore di carcinoma pilorico che con una cura specifica ebbe in due mesi l'aumento corporeo di 6 Kg. per riprendere poscia il cammino verso la cachessia carcinomatosa.

La rarità della malattia, specialmente nella forma ereditaria e la scarsità di descrizioni in proposito ha fatto sembrare non vano lo scopo di illustrare un caso caduto sotto la mia osservazione e seguìto a traverso la cura specifica con la documentazione radiografica di controllo alla regressione dei sintomi clinici.

G. Ernesto, di Lodi, d'anni 50, macellaio. Si presenta ambulatoriamente su richiesta del curante per un esame radiologico dell'esofago presentando da circa tre mesi difficoltà progressiva all'ingestione degli alimenti.

Dall'anamnesi risulta che la morte del padre può riferirsi a neoplasmo dello stomaco.

Coniugato, la moglie non ebbe mai gravidanze. È descritto dal medico curante come un epilettico al quale sovente dovette prestare le sue cure durante e dopo gli accessi convulsivi. Il p. asserisce d'essersi 20 anni or sono infettato di blenorragia ma senza mai avere avuto ulceri e manifestazioni cutanee.

I disturbi in rapporto con l'affezione attuale ebbero inizio, come dicemmo, circa tre mesi prima del nostro esame; il p. notò una leggera difficoltà alla discesa dei cibi solidi ed un senso di costrizione in fondo alla gola, come se ci fosse sempre qualche cosa a fare da intoppo. In prosieguo di tempo fu costretto a modificare la sua alimentazione solo ricorrendo a pappe ed a creme di uova e latte. Da 15 giorni la disfagia è diventata quasi assoluta; all'assunzione di qualsiasi liquido segue immediatamente tosse e rigurgito; una sola volta, insieme a materiale di ritorno fu notata qualche stria di sangue.

Il p. che denunzia di essere diminuito dall'inizio della malattia di 11 kg. pesa attualmente 62 kg. Di robusta costituzione scheletrica, il suo aspetto spettrale spiega la diagnosi fatta dal medico curante di « carcinoma esofageo ».

Mucose pallide, pelle grigiastra sollevantesi in ampie pieghe, pannicolo adiposo scomparso.

All'esame del capo: nulla di notevole.

Al collo: micropoliadenia cervicale bilaterale.

Torace ed apparato respiratorio: respiro aspro su tutto l'ambito polmonare.

Apparato circolatorio: accentuato il 2° tono sul focolaio aortico.

Addome: nulla degno di nota.

Anche l'esame dei genitali è negativo.

Esame radiologico: torace: arco aortico lievemente allungato ed innalzato, punta dell'ombra cardiaca tondeggiante, spazio retrocardiaco libero. Espansione toracica ed escursioni freniche regolari; ombre ilari marcate; accentuate le arborizzazioni del corno inferiore dei due ili; linfoglandole epibronchiali ingrossate; nessun addensamento parenchimale; nessuna ombra anomala a carico del mediastino.

Addome: nulla di notevole.

Somministrasi pappa al bario osservando il p. in O. A. D. Il liquido spinto nell'ipofaringe cade in una vasta sacca elittica che interessa tutta la porzione cervicale dell'esofago; il p. ha immediatamente tosse e rigurgito con parziale svuotamento della sacca suddetta. Questa si presenta a due strati liquido ed aereo ed i suoi bordi convergono verso il basso con dei minus falcati fino a stabilire un tragitto stenotico che inizia a livello dell'articolazione sterno-claveare.

Attraverso a tale restringimento filtra lentamente il liquido baritato fino a svuotamento completo della sacca che si realizza in circa 20'.

Adunque ci si trova dinanzi ad una stenosi esofagea con ectasia sovrastante; anche le pareti del tratto ectasico si presentano irregolari per vari minus dati da masse protundenti nel lume dell'esofago.

Sintomatologia clinica e reperto Röntgen erano tipici per la forma neo-plastica vegetante.

Nell'intendimento di sottoporre l'infermo a radiumterapia, esso venne accompagnato all'Istituto di Radiologia Medica della R. Università di Pavia. Ivi, sottoposto il p. nuovamente ad esame radiologico venne confermato il suesposto orientamento diagnostico. Pur tuttavia, si fece pre-
Venne stabilita immediatamente una cura an-
sente come una simile sindrome radiologica potesse avverarsi, sia pure eccezionalmente, per localizzazione sifilitica.

Ed infatti abbiamo: Reazione Wasserman +++; Sachs-Georgi +++.



FIG. 1.

Venne stabilita immediatamente una cura antiluetica mercuriale che in breve tempo calmò la disfagia fino alla sua completa scomparsa.

Dopo 60 giorni dal 1° esame, dopo circa 50 di cura il p. venne di nuovo sottoposto ad esame radiologico. L'a. ingrassato e ben sanguificato dice di non accusare più alcuna molestia all'ingestione dei cibi e di avere osservato un aumento di peso di ben 8 kg.

All'esame radiologico il liquido baritato fatto deglutire a lenti sorsi non ha rallentamenti. La stenosi appare notevolmente ridotta. Essa infatti è solo indicata da un piccolo e breve rientramento della parete, immutabile in diverse osservazioni e con la somministrazione di antispasmodici e quindi probabilmente riferibile ad un cercine di retrazione cicatriziale. Anche la parete cervicale esofagea sfiancata dall'ectasia appena sovrastante al tratto stenotico si presenta di dimensioni ridotte rispetto al precedente esame.

Malgrado i segni clinici e radiologici dimostrino una tendenza della lesione verso la *restitutio ad integrum* permettendo quindi di elevare un giudizio prognostico benigno, in timore dello stabilirsi di una stenosi cicatriziale si invita il p. a dare notizie di sè ed a farsi riesaminare. Esso si è presentato periodicamente ogni due mesi sempre accusando il più completo benessere che ci risulta perduri tuttora dopo un anno e mezzo di cura.

Dal caso suddetto si potevano escludere la causa estrinseca e quella cicatriziale restando in discussione il carcinoma e la sifilide.



FIG. 2.

Nulla ci diceva la sede perchè se è vero che il terzo superiore dell'esofago è sede preferenziale della lue esofagea è pure vero che esso è in ordine di frequenza il segmento più colpito dal carcinoma. Il decorso con il rapido stabilirsi della stenosi, con il rapidissimo decadimento delle condizioni generali parlava invece in favore del neoplasma ed in questo senso pure volgeva la storia del paziente e l'esame dei genitali che negavano in modo assoluto un'infezione luetica acquisita. I caratteri radiografici parlavano senz'altro per una infiltrazione carcinomatosa.

La positività della reazione Wassermann ed ancor più la duratura miglioria della cura *ex juvantibus*, negarono tutto l'insieme dei sintomi surriferiti ed avviarono il P. alla completa

guarigione di una sifilide ereditata e del tutto ignorata.

Dalle considerazioni e dal caso surriferito possiamo dedurre le seguenti conclusioni:

1° La sifilide esofagea sia nella forma congenita che nella forma acquisita può presentare sintomi clinico-radiologici simulanti la forma neoplastica nulla essendovi di tipico nell'andamento dell'una e dell'altra malattia.

2° Dinanzi ad un quadro radiografico di stenosi organica esofagea specialmente se esistano *minus* frastagliati ed ombre diverticolari a carico del tratto soprastenotico andrà sempre tenuta presente la possibile natura luetica della lesione ed andrà sempre tentata la cura *ex juvantibus*.

3° La cura *ex juvantibus* della sifilide esofagea stenosante può da sola condurre se non alla reale *restitutio ad integrum* anatomica a quella funzionale con canalizzazione completa del lume.

4° Il paziente sotto cura andrà periodicamente esaminato ai raggi X per seguire le varie tappe della regressione della lesione organica sia per la possibilità di trovarci dinanzi un sifilitico portatore di carcinoma (caso Stradiotti con miglioria transitoria), sia per l'eventualità della sostituzione di una stenosi cicatriziale a quella vegetante gommosa che imponga di iniziare la dilatazione strumentale.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di sifilide esofagea con esito felice discutendone i sintomi e soffermandosi in modo speciale sui segni differenziali nei riguardi del carcinoma dell'esofago.

RIVENDICAZIONI

Ovaia, estratto ovarico ed ormoni sessuali femminili nel trattamento dell'emofilia.

Riceviamo:

Sig. Prof. Cesare Frugoni,
Redattore Capo de Il Policlinico
Roma.

In merito all'articolo del prof. Ernesto Bertarelli su « La terapia ovarica dell'emofilia » ed alla rivendicazione di priorità avanzata per tale metodo di trattamento (*Policlinico*, S. P., vol. 39, n. 51, pp. 1889-1991, 19 dic. 1932), desidero rilevare che la priorità, in quanto si riferisce a questa speciale forma di trattamento, dovrebbe andare a Lachlan Grant (*Lancet*, Londra, 1904, II, p. 1279; « editorial », *ibidem* p. 1299) ed a H. v. Samson-Himmelstjern (*Svenska Lakaresallskapets Handlingar*, Stoccolma, 1925, v. 51, pp. 207-212).

Cfr. anche *Medical Journal and Record*, New York, lug. 1933, e il mio breve commento su questo soggetto, in *The Journal of the American Medical Association*, al principio del 1932, intitolato « Ovaia, estratto ovarico e ormoni sessuali femminili nel trattamento dell'emofilia » e la bibliografia annessa alla mia memoria « Hereditary Multiple Telangiectasia », *Archives of Dermatology and Syphilogy*, Chicago, agosto 1932, vol. 26, pp. 282-308; nonchè « Goldstein's Disease or Rendu-Weber's Disease », *Acta Dermato-Venereologica*, Stoccolma, dicembre 1932, vol. XIII, n. 6; « Goldstein's Heredofamilial Angiomatosis with recurring Familial hemorrhages », *Archives of internal Medicine*, Chicago, nov. 1931, col. 48, parte I, pp. 836-865; « Goldstein's Heredofamilial Bleeding », *Journal Amer. Med. Assoc.*, Chicago, 6 maggio 1933, vol. 100, p. 1453.

Distintamente

HYMAN I. GOLDTEIN, M. D.
1425 Broadway, Camden, New Jersey.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le atassie.

(GARCIN. *Revue Neurologique*, maggio 1933).

L'atassia è un disturbo della coordinazione che, indipendentemente da ogni deficit motore, altera la misura e la direzione del movimento volontario e le sinergie posturali di fissazione e d'equilibrazione che ad esso sono strettamente associate. Questa definizione comprende l'atassia cinetica e quella statica, in quanto il movimento in effetti è legato con la postura, la fissazione temporanea di uno o più segmenti di arto essendo indispensabile all'esecuzione del movimento volontario.

I. *Atassia tabetica.* — La grande atassia tabetica è divenuta più rara grazie ai progressi della terapia.

Il meccanismo intimo dell'atassia tabetica costituisce ancora uno dei problemi più ardui. La più accreditata è sempre la teoria che attribuisce l'atassia ad un disturbo della sensibilità profonda. I fatti sui quali si appoggia questa teoria sono: 1° la tabe è essenzialmente una lesione delle radici posteriori; 2° esiste un parallelismo tra la gravità dell'atassia e quella dei disturbi sensitivi; 3° esistono disordini atassici nel corso delle neuriti periferiche, della sindrome radicolare delle fibre lunghe, delle

lesioni parietali, sindromi nelle quali si hanno parallellamente perturbazioni della sensibilità profonda; 4° la sezione delle radici posteriori negli animali provoca atassia; 5° la netta influenza della vista sui movimenti tabetici.

Tuttavia, questi fatti una volta indiscussi si sono mostrati in successive osservazioni mancanti o per lo meno tali da non essere da soli sufficienti a spiegare l'atassia con il solo disturbo sensitivo. Vero è che l'atassia tabetica è la risultante anche di altri fattori: alterazione dei movimenti riflessi che, indipendentemente dalla sensibilità cosciente, assicurano la coordinazione nei centri midollari e bulbo-midollari; disturbi della dinamogenesi in detti centri la cui azione non è più regolata dalle eccitazioni periferiche; ipotonia dei muscoli agente non solo attraverso le perturbazioni meccaniche indotte sull'impalcatura scheletrica, ma anche attraverso i disturbi indotti sull'innervazione riflessa che richiede sempre una tensione ottima dei muscoli.

Senza dire che possono concorrere a provocare il disturbo le alterazioni delle vie labirintiche e dei contingenti cerebellari provenienti dalle colonne di Clarke.

Infine per spiegare l'impulsività quasi convulsiva e l'incessante varietà delle scariche motrici scoppianti intempestivamente nella muscolatura del tabetico, bisogna ammettere l'esistenza di vari corti circuiti tra la fibre dei cordoni posteriori alterati, corti circuiti che provocano per via riflessa contrazioni inattese. Gli sforzi di correzione volontaria aggravano ancora l'incompostezza di questi movimenti irresistibili. È questo disordine particolare del movimento che distingue sopra tutto l'atassia tabetica dall'incoordinazione delle altre atassie sensitive.

L'atassia tabetica si rileva con tre ordini di disturbi: 1. Disturbi della stazione (segno di Romberg); 2. Disturbi dell'andatura; 3. Incoordinazione statica e cinetica degli arti, del tronco, del capo, della faccia, degli occhi, delle corde vocali, del diaframma.

L'atassia tabetica può manifestarsi nei movimenti isolati come in quelli d'insieme alterando più o meno grossolanamente la direzione, la misura ed il ritmo del movimento, e può alterare tanto il movimento lento come quello rapido.

L'influenza aggravante della chiusura degli occhi è il carattere peculiare dell'atassia tabetica. Anche molto significativo è il fatto che i singoli movimenti sono violenti e bruschi.

II. *Atassia cerebellare.* — Gli elementi costitutivi dell'atassia cerebellare sono:

1. disturbi dell'ampiezza del movimento (ipermetria, dismetria);
2. disturbi nella rapidità dell'incitazione del movimento;
3. disturbi nell'associazione dei movimenti elementari (asinergia);
4. disturbi nella rapidità dei movimenti alternativi (adiadococinesia);
5. disturbi nella continuità della contrazione (tremore cinetico e statico).

Questi differenti fattori intervengono quasi sempre simultaneamente per perturbare il movimento.

Nella stazione in piedi e nell'andatura si hanno i seguenti disordini: 1° Ritardo nella comparsa della contrazione riflessa del tibiale anteriore, seguita da una contrazione esagerata: fenomeno nettamente visibile nelle sindromi unilaterali sopra tutto a livello dei tendini della faccia anteriore del collo del piede. Una leggera spinta indietro accentua il fenomeno. 2° Diminuzione della resistenza passiva degli adduttori dell'arto inferiore del lato malato. 3° In un soggetto normale, in piedi con le gambe divaricate, con un piede avanti l'altro, una spinta dall'indietro in avanti a livello dei lombi provoca un passo in avanti. In un emicerebellare, destro p. es., le risposte sono differenti a seconda che l'arto del lato affetto è posto in avanti o indietro dell'arto sano. Nel primo caso il piede sano (posteriore) eseguisce un passo in avanti (reazione fisiologica), nel secondo caso con la medesima spinta è sempre il piede sano che si sposta portandosi più in avanti. Questo « segno del passo » senza essere patognomonico è molto frequente nelle sindromi cerebellari unilaterali.

Comunque nell'atassia cerebellare il sintomo capitale è l'asinergia. Fatto importante la chiusura degli occhi non aggrava l'atassia cerebellare.

III. *Atassia labirintica.* — È essenzialmente un'atassia di stazione e di locomozione, senza alcuna modificazione dei movimenti isolati degli arti. Nella stazione in piedi è classico il segno di Romberg vestibolare, nella locomozione è caratteristica l'andatura a stella di Weill-Babinski.

IV. *Pseudoatassia di origine oculare.* — La paralisi di un muscolo oculare può determinare una deviazione del movimento volontario adattato ad uno scopo a causa del falso apprezzamento della situazione degli oggetti. Si possono avere disturbi dell'andatura se l'infermo si serve solo dell'occhio paralizzato o se la paralisi oculare è bilaterale.

V. *Atassia nelle lesioni a piano del nevrasse.* — L'atassia delle nevriti, delle radicoliti, delle lesioni del midollo (compressione, degenerazione combinata subacuta, sindrome radicolare delle fibre lunghe, mieliti di natura indeterminata, morbo di Friedreich, sclerosi combinata) e delle lesioni bulbo-peduncolo-pontine varia a secondo della localizzazione della lesione. Si può avere l'incoordinazione per disturbi della sensibilità profonda come l'atassia a carattere cerebellare. In linea generale si può dire che lesioni dei conduttori cerebellari sono

più espressive di quelle cerebellari vere e proprie. Nelle prime sono compromesse le funzioni di coordinazione, mentre nelle seconde è disturbato l'equilibrio.

VI. *Atassia delle sindromi talamiche.* — È leggera, limitata e non raggiunge mai il grado dell'atassia tabetica anche quando esistono grossi disturbi della sensibilità profonda. Si ha una certa esitazione nel movimento, che si rallenta prima di raggiungere lo scopo. La contrattura intenzionale dà un carattere particolare all'incoordinazione talamica.

Oltre a questa atassia si può avere un'atassia a tipo cerebellare quando sono contemporaneamente lese le radiazioni del peduncolo cerebellare superiore.

VII. *Atassia frontale.* — Un'atassia frontale pura sembra non esista. I fenomeni atassici che si incontrano nelle lesioni dei lobi frontali risultano dovuti a risentimenti labirintici e cerebellari determinati o dall'ipertensione endocranica o da alterazioni delle vie fronto-pontocerebellari.

Gerstmann e Schilder hanno studiato nelle lesioni frontali un gruppo di sintomi al quale hanno dato il nome di « aprassia dell'andatura ».

P. Marie e Béhague hanno trovato che le lesioni stesse provocano un disorientamento nello spazio.

In base a tutti questi fatti si può affermare che il lobo frontale ha un'importanza notevole sul meccanismo della coordinazione, dell'equilibrio e dell'orientamento. Ciò spiega come il suo sviluppo nella scala animale sia parallelo al perfezionamento della stazione e dell'andatura eretta.

VIII. *Atassia callosa, temporale e parietale.* — Nelle lesioni del corpo calloso, dei lobi parietale e temporale si possono avere disturbi atassici che sembrano anch'essi legati a perturbamenti labirintici o cerebellari. Certo è che nelle lesioni parietali i fatti atassici non sono proporzionali ai disturbi della sensibilità profonda.

Nelle lesioni parietali è stato descritto un particolare disturbo del senso di orientamento nello spazio.

IX. *Atassie acute.* — Se ne possono avere tre forme: atassia acuta tipo Leyden, tabetica, polineuritа.

Nel tipo Leyden si ha la sindrome di una grande atassia cerebellare che si stabilisce rapidamente in qualche giorno, e termina di solito con una guarigione completa. Colpisce sopra tutto i giovani da 20 a 30 anni. Si verifica nel corso di una infezione acuta ben definita o di un'intossicazione, ma il più delle volte compare improvvisamente in individui del tutto sani come una malattia primitiva. È stata attribuita alla malattia di Heine Medin, all'encefalite acuta, alla sclerosi a placche.

L'atassia acuta tabetica si stabilisce improvvisamente nelle forme fruste di tabe o nella sifilide ignorata. La reazione del liquido cefalo-rachidiano è molto intensa. Con un trattamento antisifilitico appropriato si ha la guarigione completa.

L'atassia polineuritica acuta è piuttosto rara. Si ha nella difterite e nell'alcoolismo.

X. *Astasia-abasia.* — Per molto tempo fu considerata come un disturbo esclusivamente isterico. Ulteriori ricerche hanno dimostrato che l'astasia-abasia può essere anche legata ad un'atrofia cerebellare sopra tutto del verme, ad una vera aprassia della stazione e del cammino, a lesioni labirintiche, ad un'esagerazione delle reazioni di sostegno. DR.

La sciatica traumatica.

(G. LECLERC e J. PONT. *La Presse Médicale*, n. 31, aprile 1933).

Gli AA. riferiscono due casi di sciatica con abolizione del riflesso achilleo e dissociazione albumino-citologica del liquor in seguito a un movimento di flessione forzata del rachide. In ambedue i casi si trattava di operai: il primo presentava una piccola ferita del cuoio capelluto del lato sinistro del cranio. Per evitare il trauma il p. aveva eseguito un movimento d'iperflessione forzata del rachide. Il giorno dopo l'infortunio era insorta una sindrome sciatica sinistra con segni di Bonnet e di Lasègue positivi e scomparsa del riflesso achilleo sinistro. L'esplorazione clinica e radiologica permetteva di escludere qualsiasi frattura del rachide e del bacino. Il liquido c. r. era limpido, con R. W. negativa.

Albumina: 0,50 ‰. Dopo un mese la sindrome sciatica tendeva ad attenuarsi: dolore diminuito, riflesso achilleo ricomparso, albumina del liquor 0,45 ‰.

Anche nel secondo caso, il giorno seguente un brusco movimento d'iperflessione forzata del rachide e del bacino, che per conseguenza immediata non aveva avuto che un leggero indolenzimento della regione lombare, insorse dolore lungo lo sciatico di destra accompagnato dai segni di Lasègue e di Bonnet e da abolizione del riflesso achilleo di destra. La radiografia permette di escludere lesioni del rachide e del bacino. Il liquor è normale, ad eccezione dell'albumina che raggiunge il titolo di 0,70 ‰. La sindrome volge a guarigione in un mese circa.

Nei due casi riferiti dagli AA. l'origine traumatica è indiscutibile; qualche considerazione merita il meccanismo patogenetico. La sciatica traumatica è ben conosciuta: essa è dovuta a una contusione diretta dei cordoni del plesso sacrale consecutiva a frattura della V lombare o della cintura pelvica. Tale compressione può verificarsi anche senza spostamento dei frammenti ossei: per la presenza

di versamento ematico nel canale sacrale e nei fori sacrali; questo meccanismo può però essere eliminato nei casi in esame poichè non esistevano fratture. Parimente si esclude la lesione midollare in corrispondenza del rigonfiamento lombo-sacrale, che si accompagna a disturbi bilaterali, motori e sensitivi contemporaneamente, e a disturbi sfinterici. Si può anche escludere la lesione intrarachidea delle radici nervose nel loro decorso lungo la cauda equina: tale lesione avrebbe determinato reazione ematica del liquor, reazione che mancava nei due casi.

È quindi plausibile riportare la sindrome a una distensione e a uno stiramento della V radice lombare verificatosi nello stretto corridoio limitato dall'apofisi trasversa della V vertebra lombare, dal margine superiore dell'ala del sacro, dalla faccia posteriore del corpo vertebrale e dall'articolazione sacro-lombare.

J. Tinel (in Roger, Widal et Teissier) ritiene che nelle sindromi che insorgono in seguito allo stiramento di un plesso, il trauma si esplichi su radici già malate: questo criterio verrebbe confermato dall'anamnesi e dall'esame del liquor che presenta linfocitosi notevole. Ora l'anamnesi nei due casi su esposti è negativa, il liquor non presenta linfocitosi, ma lieve dissociazione albumino-citologica. Tale dissociazione era già stata segnalata nelle sciatiche « funicolari » da Sicard al quale l'assenza di reazione linfocitaria faceva escludere la lesione radicolare intrameningea; l'iperalbuminosi è dovuta alle reazioni meningee congestive di vicinanza.

Gli AA. concludono facendo rilevare l'importanza, sia dal punto di vista clinico che infortunistico, del meccanismo dell'iperflessione forzata del rachide nella genesi della sindrome sciatica. L. FERRETTI.

Il dermografismo.

(G. DELAMARE e R. J. GAONA. *Revue Neurologique*, maggio 1933).

Lo sfioramento della pelle umana con un oggetto a punta smussata determina, oltre al pallore immediato, fugace, incostante dovuto alla pressione diretta, una reazione locale generalmente rossa, talvolta bianca, talvolta rossa e bianca.

Nel primo caso la parte eccitata si arrossa dopo un breve lasso di tempo e quasi sempre inversamente proporzionale alla intensità ed alla durata della reazione. Ne risulta una macchia rosa o rossa un po' più larga della zona sottomessa allo strofinio. Di solito scompare in uno o due minuti, ma quando la reazione rossa è molto accentuata può durare fino a mezz'ora.

Nel secondo caso la pelle, invece di arrossire, impallidisce come nella sincope locale, senza però raffreddarsi e senza provocare sensazioni di sorta. L'intervallo tra l'eccitazione e la comparsa della stria bianca è uguale a quello che si ha nel dermografismo rosso, ma la durata della reazione non oltrepassa mai qualche minuto. La stria bianca si distingue dal pallore provocato dalla pressione, perchè succede a questa ed è generalmente più diffusa nel senso della larghezza della zona eccitata.

Talvolta si ha una reazione mista nel senso che la stria rossa è limitata da una zona transitoria di pallore attivo e viceversa.

Il tipo della reazione può variare d'intensità e talvolta anche di qualità nei diversi territori cutanei ed a distanza di tempo.

Il dermografismo rosso costituisce la reazione abituale della pelle umana alle eccitazioni meccaniche leggere. Negli individui normali le variazioni riguardano solo la intensità, che molto eccezionalmente può spingersi fino alla stria ecchimotica e in senso inverso fino alla mancanza di qualsiasi reazione.

Le reazioni più forti si hanno di solito alla fronte, al collo, al petto, alla regione interscapolare, le medie all'epigastrico ed agli epicondri, le deboli all'ipogastrio, ai fianchi ed alla regione lombosacrale. Sugli arti l'intensità decresce dalla radice all'estremità e dalla faccia anteriore a quella posteriore. Le reazioni degli arti superiori sono più forti di quelle degli arti inferiori.

Non vi sono relazioni apprezzabili tra l'intensità delle strie rosse e la colorazione abituale della pelle. Le reazioni forti si hanno negli individui a tinta scura come nei pallidi, sulla pelle bianca del petto come sulla pelle arrossata della fronte. Il rossore pneumonico dei pomelli non implica una reazione forte alla fronte o al collo. L'eritema sacrococcigeo del decubito coincide spesso con strie pallide sulle regioni glutee.

La pigmentazione della cute dei negri non fa rilevare la formazione di strie rosse all'infuori del palmo delle mani e della pianta dei piedi dove generalmente le reazioni sono deboli o nulle. Nei meticci le reazioni sono percettibili solo quando sono intense.

Le variazioni d'intensità delle strie rosse sono indipendenti dalle alterazioni organiche registrate a livello del segmento corrispondente, e sono indipendenti dalla frequenza del polso, dallo stato della pressione vasale e dai movimenti ritmici dei capillari.

Esiste solo una relazione tra la debolezza della reazione ed il grado dell'anemia. Nelle grandi anemie di anchilostomia mancano reazioni, che cominciano a comparire con il miglioramento dello stato anemico.

L'intensità delle strie rosse è del tutto indipendente dalla eventuale frequenza di dolori toracici o addominali, di zone iperestesiche o anastesiche, dalla vivacità dei riflessi cutanei (pilomotore, addominali, genitocrurali) e dal grado della sudorazione da calore.

Le eccitazioni ripetute a breve distanza non

determinano alcuna modificazione qualitativa o quantitativa delle reazioni successive.

Le applicazioni calde o fredde non alterano lo stato delle strie rosse.

Le iniezioni sottocutanee di adrenalina o cocaina non impediscono la reazione.

Le reazioni deboli predominano nei tubercolotici e nei leprosi, e quelle forti nel tifo, nella meningite, nell'isteria, nell'alcoolismo, nel saturnismo, nelle endocrinopatie definite, nelle psicosi catatoniche, nei deliri mistici, nell'idiozia.

Le strie bianche sono molto meno frequenti di quelle rosse. Possono essere generalizzate o regionali o segmentarie. Poco accentuate alla fronte ed alla nuca presentano il massimo di evidenza sul torace, sulla faccia anteriore degli arti superiori e delle coscie. Sono state osservate nella lebbra, nella sifilide terziaria, e nella sclerodermia, affezioni nelle quali possono coesistere con quelle rosse.

Le strie sie rosse che bianche sono generalmente considerate come riflessi vasodilatatori e vaso costrittori e quindi indici dello stato del tono simpatico.

In conseguenza le reazioni dermografiche rosse molto forti metterebbero in evidenza l'ipertonia e quelle bianche l'ipotonia del simpatico, mentre le reazioni nulle sarebbero imputate alla vagotonia.

Se le strie bianche s'incontrano più facilmente nell'insufficienza surrenale gli è perchè in questa condizione il tono simpatico è basso.

Ma l'esistenza di un dermografismo rosso o bianco non autorizza a concludere per l'esistenza di una condizione iper- o iposimpaticotonica. In effetti le strie rosse depongono solo per l'eccitabilità dei dilatatori e l'ineccitabilità dei vasocostruttori, mentre quelle bianche depongono per una situazione inversa.

Le strie rosse con aureola bianca e le strie bianche con aureola rossa mettono in evidenza un'eccitabilità quasi simultanea benchè inuguale delle due specie di nervi e provano che l'eccitabilità degli uni non implica l'ineccitabilità degli altri.

La trasformazione delle strie bianche in rosse in seguito all'eccitazione ripetuta prova che all'ineccitabilità dei vasodilatatori può seguire la loro eccitabilità.

Le reazioni nulle depongono o per un'eccitabilità eguale dei due sistemi o per la loro totale ineccitabilità.

In altri termini lo strofinio leggero distrugge l'equilibrio tra azioni dilatatrici e costrittrici, equilibrio che determina in gran parte la tinta intermedia tra il rosso ed il bianco giallastro della pelle normale. Lo squilibrio più frequente è quello con prevalenza dei vasodilatatori. In ogni caso l'uno e l'altro dei riflessi è localizzato alla zona eccitata. La diffusione, nulla nel senso longitudinale, è molto discreta nel senso trasversale. Le variazioni regionali, la sensibilità circostante, alle eccitazioni ripetute, al freddo, l'insensibilità al calore all'adrenalina, alla cocaina, la persistenza alla simpatectomia costituiscono particolari caratteristiche di questi riflessi.

La perturbazione del riflesso vasodilatore (esagerazione, indebolimento, abolizione) ha un'importanza semeiologica molto relativa. Per il tifo e la meningite vi sono segni più chiari delle strie rosse, che possono anche mancare in dette malattie mentre sono presenti in altre malattie. L'indebolimento del riflesso vasadilatatore non costituisce un aiuto per la diagnosi della tubercolosi o della lebbra, e la sua scomparsa per la diagnosi dell'anchilostomiasi. Ed il riflesso vasocostrittore non costituisce un sintomo patognomonico per la tubercolosi, la lebbra e la sifilide.

L'interesse principale se non unico di tali riflessi sta nel mettere in evidenza le perturbazioni del simpatico dei piccoli vasi cutanei.

DR.

ANESTESIA CHIRURGICA.

Considerazioni in base a 12.559 anestesie.

(R. LERICHE. *Lyon Chirurg.*, n. 3, 1933).

L'A. riferisce che sino al 1924, usava nella chirurgia sottodiaframmatica la puntura lombare nel 75 % dei casi. In seguito, trasferitosi a Strasbourg, avendo avuti 2 casi mortali a seguito della P. L. ed in soggetti robusti, ha dato la preferenza all'anestesia generale eterea ed alla locale. Egli ricorda come l'anestesia generale eterea, se eseguita da persona pratica, quasi specializzata, è benigna, e come nel Nord-America la usano quasi sempre, perchè attrezzati.

Ritiene adunque importante e raccomanda di non affidare l'anestesia al primo venuto, o a personale vario, ma di assegnare per tale compito una persona specializzata, e lui ha ricorso ad una suora.

Con l'anestesia locale, che molto preferisce, ha eseguito la chirurgia centrale, midollare, della faccia, del collo, della tiroide, del torace, le resezioni gastriche e le gastro-enterostomie aggiungendovi l'anestesia degli splancnici o dei meso. Fa notare giustamente come per questo tipo d'anestesia occorre arte e dolcezza nelle manipolazioni. In tal modo si spiega perchè questo tipo d'anestesia dà grandi soddisfazioni ad alcuni chirurgi, mentre è insufficiente per altri.

Negli interventi addominali in anestesia locale ha notato due inconvenienti:

1) in certi malati, nelle prime 24 ore dall'operazione si hanno contrazioni muscolari intermittenti dell'addome molto dolorose, che egli crede sieno dovute a piccoli ematomi dei setti;

2) quando si è aggiunta l'anestesia degli splancnici, più di frequente gl'infermi hanno sofferto per 3-4 giorni di meteorismo.

Sono quindi piccoli inconvenienti, in rapporto ai grandi vantaggi del metodo.

In quanto alle complicanze polmonari postoperatorie, li ritiene più frequenti a seguito dell'anestesia generale, ma li vede di meno dopo l'impiego dell'acido castronico, di cui è molto soddisfatto, e dopo che pratica l'isolamento rigoroso di questi ammalati, ritenendo molto pericoloso metterli in comune cogli altri operati. R. GRASSO.

La rachianestesia nei bambini.

(MARIAN. *Zbl. f. Chir.*, n. 31, 1932).

Nella Clinica pediatrica di Bukarest (reparto chirurgico), dal 1918 sono state praticate 653 rachianestesie in bambini dai 4 ai 16 anni per interventi svariati, con risultati assai soddisfacenti.

Per quel che riguarda la *tecnica* della puntura, nulla di speciale tranne l'uso di un ago sottile e a punta corta.

L'anestetico usato è stato la novocaina in soluzione al 4 %, preparata da non più di 3 settimane, senza aggiunta di adrenalina. La dose iniettata varia da 3-4 ctgr. di novocaina nei bambini di 4-5 anni, fino a 7-8 ctgr. nei ragazzi di 15-16 anni, tenendo conto anche della durata presunta dell'intervento.

Il livello più alto della puntura è stato tra il IX e X segmento dorsale. È bene porre un cuscino sotto il capo, dopo l'iniezione. Quando si vuole che l'anestesia arrivi un po' più in alto basta inclinare leggermente in Trendelenburg.

Durante l'intervento se il piccolo paziente mostra segni di agitazione, un assistente lo incoraggia, lo esorta a respirare profondamente, gli bagna le labbra e la fronte con una pezzuola umida, fredda; se diviene pallido o mostra sintomi a tipo bulbare, gli pratica iniezioni di canfora o caffeina.

Gli *insuccessi* possono esser dovuti alla soluzione non più fresca, o alla scarsa quantità di anestetico, o a errori di tecnica. Su 653 casi in 15 la R.A. fu insufficiente e si dovette ricorrere alla narcosi.

Incidenti immediati a tipo bulbare, di una certa entità, non ne furono osservati; solamente nell'1,5 % dei casi fu notato pallore e irrequietezza che l'A. riferisce all'emozione. Dopo 10-15 minuti dall'iniezione sono stati osservati in qualche caso veri fenomeni bulbari facilmente dominati con la caffeina. Mai disturbi cardiaci nè respiratori improvvisi. In alcuni casi nausea e vomito.

Incidenti secondari. Nei bambini al di sotto di 15 anni non fu mai osservata cefalea; rachialgia fu notata solo raramente nei bambini grandicelli.

In nessun caso sintomi di meningismo, ritenzione urinaria, incontinenza anale, paralisi degli arti o dei muscoli oculari, disturbi trofici o della sensibilità.

Incidenti mortali nessuno. L'A. si sente perciò in diritto di affermare che la R.A. nei bambini tra i 4 e i 16 anni, in condizioni normali, non presenta pericoli apprezzabili ed è da preferire alla narcosi cloroformica.

G. PACETTO.

MISCELLANEA.

L'importanza delle vitamine B nel metabolismo idrocarbonato. Il loro impiego nel trattamento del diabete.

(M. LABBÉ, F. NEPVEUX e J. D. GRINGOIRE. *Bull. Acad. de Méd.*, 23 maggio 1933).

I lavori di Randoin e Lecoq hanno permesso di distinguere nel complesso della vitamina B tre principii differenti:

la vitamina B_1 antinevritica;

la vitamina B_2 di utilizzazione nutritiva propriamente detta;

la vitamina B_3 di utilizzazione cellulare, o vitamina di crescenza, più resistente agli agenti fisici e chimici.

Tenendo degli animali sensibili alle vitamine B, piccioni o ratti, a un regime alimentare privato dei fattori B_2 e B_3, la carenza alimentare si manifesta con un certo numero di disturbi della nutrizione, come l'abbassamento del metabolismo basale, l'abbassamento del quoziente respiratorio, l'aumento del rapporto urinario C:N., che fa prevedere un difetto di combustione dei glucidi. Si ha inoltre una perdita di sostanze azotate, iperlipemia, ipercolesterinemia, abbassamento della riserva alcalina, acetonemia, iperglicemia più o meno marcata, ma sempre netta, una diminuzione importante del tasso muscolare del glutatione.

I sintomi di carenza compaiono tanto più rapidamente quanto più la razione è ricca in calorie e quanto più è grande la proporzione degli idrati di carbonio nel regime. Esiste fra i glucidi e il fattore B un rapporto quantitativo che non può essere turbato, sia per diminuzione delle vitamine sia per aumento dei glucidi, senza che si producano disordini gravi nell'organismo.

D'altra parte lo studio dell'ipervitaminosi B mette ugualmente in evidenza l'importanza delle vitamine B nell'assimilazione delle sostanze idrocarbonate. Gli AA. hanno constatato che i conigli ipervitaminizzati presentano un aumento di glicogeno epatico del 140 %.

Poichè il difetto di vitamine B produce dei disturbi del metabolismo idrocarbonato analoghi a quelli che si osservano nel diabete, è nata nello spirito dei biologi l'idea di un rapporto fra le vitamine B e l'insulina da una parte; fra carenza in vitamine B e produzione del diabete dall'altra.

La somiglianza di azione fra le vitamine B e l'insulina ha indotto alcuni AA. a saggiare il trattamento del diabete con le vitamine B

e dalle esperienze condotte in questo senso si è concluso che un tale trattamento è utile in tutti i casi di diabete, anche nei casi gravi trattati con insulina, essendosi potuto rimpiazzare parzialmente l'insulina con le vitamine B ed arrivare successivamente al trattamento con vitamine sole.

Incoraggiati dai risultati favorevoli annunciati dai differenti AA., ma non trovando le loro osservazioni molto convincenti, gli AA. hanno voluto riprendere con metodi più precisi i tentativi di trattamento del diabete con le vitamine B.

Dalle osservazioni eseguite in dodici casi di diabete grave gli AA. traggono le conclusioni seguenti:

1° La vitaminoterapia diminuisce la glicosuria e la glicemia dei diabetici, aumenta la loro tolleranza per gli idrati di carbonio, migliora il loro stato generale e fa aumentare il loro peso.

2° Questo miglioramento è lento e progressivo e richiede spesso più di un mese perchè si manifesti. Bisogna dunque all'inizio istituire il trattamento insulinico insieme alla vitaminoterapia. A misura che la tolleranza aumenta, si può diminuire o anche sopprimere le iniezioni d'insulina.

3° L'azione, per via buccale, della vitaminoterapia rappresenta un vantaggio molto apprezzato dai malati. C. TOSCANO.

La prova dell'iperpnea.

(A. BAUDOIN e H. SCHAEFFER. *Revue Neurologique* aprile 1933).

La prova dell'iperpnea fu in primo tempo immaginata dai fisiologi allo scopo di studiare gli effetti dell'iperventilazione polmonare sull'organismo. I precursori furono Vernon e Henderson, ma gli studi più sistematici furono fatti nel 1920 da Collip e Backey e da Grant e Goldmann i quali constatarono le modificazioni dell'equilibrio acido-basico sotto forma di alcalosi gassosa.

Le prime applicazioni cliniche rimontano al 1924. Ioshna Rossett, in America, sottomise alla prova dell'iperpnea una serie di sofferenti di diverse malattie nervose e constatò esagerazioni delle contratture piramidali ed extrapiramidali. Nello stesso anno Förster, in Germania, praticò la prova negli epilettici e rilevò che essa scatena accessi comiziali nel 55 % dei casi.

I risultati di Förster suscitarono molto interesse. Gli studi furono ripresi da vari autori i quali ottennero dall'iperpnea i medesimi effetti ma con percentuali di accessi varie e sempre più basse di quelle presentate dal ricercatore tedesco.

Tutte le prove fisiologiche hanno confermato che l'iperpnea determina un'alcalosi gassosa. La ventilazione profonda che essa produce lava in qualche modo l'aria residua nei polmoni che allo stato normale è molto ricca di anidride carbonica (CO_2 alveolare). Poichè l'aria atmosferica ne è praticamente sprovvista il lavaggio riduce notevolmente la quantità di anidride carbonica alveolare, e poichè l'acido carbonico libero del sangue varia proporzionalmente all'anidride carbonica alveolare, esso diminuisce durante la prova e si determina così uno stato di alcalosi gassosa. Questa altera temporaneamente la costituzione e quindi la fisiologia degli organi e degli umori. Nel cervello si provocherebbero fenomeni vasali che sarebbero responsabili negli epilettici dello scatenamento dell'accesso.

La prova dell'iperpnea si fa con un ritmo lento (10-15 respirazioni al minuto), ma quel che importa è la profondità delle respirazioni, sopratutto lunga deve essere l'espirazione che va spinta a fondo.

Il soggetto deve essere posto coricato o meglio seduto con il tronco leggermente inclinato in avanti e gli avambracci leggermente poggiati sui poggiuoli della poltrona o su di un tavolo. Naturalmente deve essere eliminato tutto ciò che può ostacolare l'espansione toracica e addominale (abiti stretti, busti, cinture, bretelle, ecc.).

La durata della prova varia secondo gli autori da dieci minuti ad un'ora. Ma dato lo sforzo che importa, la respirazione forzata non può essere prolungata oltre un certo limite. Oltre ai disturbi umorali si rischierebbe di provocare accidenti più o meno gravi a carico del cuore. Del resto a scopi clinici le ventilazioni prolungate sono inutili. Nelle prove positive le manifestazioni comiziali si producono di solito entro 10-15 minuti o anche prima, e nelle prove negative è inutile prolungare l'iperpnea.

Per eliminare ogni elemento volontario e ridurre la stanchezza sono stati ideati apparecchi mediante i quali l'inspirazione e l'espirazione vengono determinate con un particolare sistema di pompe.

Con questo metodo riesce possibile prelevare l'aria alveolare e determinare così l'anidride alveolare, determinazione che costituisce un indice dell'efficacia della prova. Questa può essere apprezzata anche con le variazioni dell'acidità dell'urina, la quale è in relazione con l'alcalosi indotta nel sangue.

Le osservazioni fatte dagli autori su 36 pazienti hanno dato esito positivo nel 15 % dei casi.

Le manifestazioni comiziali indotte dall'iperpnea furono varie: crisi toniche, jacksoniane, vertigini, assenze, grandi crisi convulsive.

Dato il fatto che tali manifestazioni si sono avute sopra tutto nei malati che avevano crisi il valore diagnostico della prova appare di

scarso valore, in quanto alla diagnosi si può giungere con l'esame del paziente in occasione delle crisi spontanee.

Anche dal punto di vista medico-legale il valore della prova appare modesto sopra tutto quando si tratta dell'accertamento di equivalenti psichici, in quanto in soggetti di tal genere l'iperventilazione risulta quasi sempre negativa.

E anche dubbia sembra l'importanza terapeutica dell'iperpnea, che secondo alcuni sostituirebbe gli accessi di piccolo male con crisi convulsive certo meno nocive. In effetti l'iperventilazione può essa stessa determinare sia assenze o vertigini sia scariche motorie.

L'applicazione della prova in altre sindromi nervose organiche o funzionali, non ha dato risultati conclusivi sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Si sono constatate in genere piccole modificazioni dei segni obiettivi, accentuazioni o comparse transitorie di disordini motori o sensitivi. Tali fatti non presentano alcuna importanza diagnostica o terapeutica, nè per il momento hanno destato alcun interesse teorico.

Tutto sommato la prova dell'iperventilazione ha un interesse solo per l'epilessia, e un interesse solo relativo in quanto con la prova stessa non si giunge a conclusioni diagnostiche nei casi dubbi, nè sempre si riesce a confermare una diagnosi già fatta.

Allo stato dei fatti l'iperpnea come sussidio diagnostico nelle affezioni nervose si trova ancora nella fase iniziale di studio. Può darsi che con opportune modificazioni e perfezionamenti della tecnica essa possa riuscire utile non solo a scopi pratici, ma anche per meglio penetrare il meccanismo intimo degli accidenti comiziali. DR.

L'iperazotemia post-operatoria.

(H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL e E. LÉLU. *La Presse Méd.*, 21 giugno 1933).

Gli AA. prendono occasione da un'osservazione di iperazotemia post-operatoria con declorurazione guarita con la riclorurazione per mettere a punto, secondo gli odierni concetti, l'importante questione. Si trattava di un prostatico, i cui reni presentavano una discreta deficienza funzionale e che fu operato in anestesia generale. Dopo 48 ore, durante le quali lo stato del paziente rimase soddisfacente, si ebbe brusco aggravamento con alterazione dello stato generale, tachiaritmia, dispnea con lievi sintomi polmonari (rantoli congestizi alle basi). La sintomatologia va gradatamente accentuandosi, il ventre si tumefa, si stabilisce un singhiozzo persistente, la pressione arteriosa si abbassa e in due giorni lo stato generale si fa dei più allarmanti: esisteva un notevole torpore. Per quanto la diuresi fosse sempre stata abbondante si pensò alla possibilità di una *poussée* di iperazotemia: un esame chimico del sangue dimostrò infatti un tasso di urea dell'1.36 e un abbassamento del cloro globulare. Su questi dati si stabilì un trattamento di riclorurazione per via endovenosa: ventiquattro ore più tardi la situazione era profondamente mutata: la sintomatologia andò sempre più migliorando e di pari passo diminuiva il tasso ureico sanguigno, sì che al quinto giorno esso era completamente normale. È questo dunque un esempio caratteristico di sindrome iperazotemica post-operatoria, guarita con la abbondante somministrazione di cloruri (siero clorurato al 10 %, 60 cmc. endovenosi *pro die*).

Qual'è il meccanismo della *poussée* di iperazotemia postoperatoria? Secondo gli AA. tale fenomeno è dovuto ad uno stato di *oliguria relativa*, quello stato cioè nel quale la diuresi acquosa non è sufficiente a permettere l'eliminazione totale dell'urea elaborata nell'organismo, per quanto il rene secerna questa sostanza nella più forte concentrazione di cui esso è capace. Lo stabilirsi di questo stato di oliguria relativa sarà tanto più facile e precoce quanto più; 1° il valore della concentrazione renale massima sarà basso (alterazione renale); 2° la diuresi acquosa sarà diminuita nel suo valore assoluto; 3° la quantità di urea elaborata nell'organismo ed offerta all'eliminazione renale sarà maggiore.

Nella fase postoperatoria sono i due primi fattori, l'abbassamento notevole della diuresi fino all'anemia completa e la brusca deflessione della concentrazione massima, che hanno la maggiore importanza nella genesi della *poussée* di iperazotemia. A questi due fattori bisogna aggiungere l'esistenza di una disassimilazione azotata, messa in evidenza da Lucas-Championnière, che si traduce nella produzione giornaliera di una quantità di urea uguale o anche superiore a quella elaborantesi nei soggetti normali a regime comune.

La sindrome d'iperazotemia post-operatoria è stata inizialmente studiata negli urinari, e specialmente nei prostatici, nei quali essa si osserva con particolare frequenza e gravità: ma le recenti ricerche di Robineau e Lévy hanno dimostrato che il fenomeno è generale e che qualsiasi intervento, qualunque sia l'anestesia a cui si ricorre, determina una *poussée* di iperazotemia, di cui solo il grado è variabile secondo i casi. Un altro punto che merita attenzione è quello della ineguaglianza delle manifestazioni cliniche che questa iperazotemia provoca: mentre in alcuni malati si ha infatti il quadro classico dell'uremia piccola (vomito, anoressia, diarrea) o grande (uremia respiratoria, torpore, coma) in altri invece le manifestazioni sembrano non avere alcuna relazione apparente con uno stato uremico: si può avere cioè uno stato di choc brutale con tendenza al collasso o uno stato pseudoperitoneale. In

altri casi infine la *poussée* d'iperazotemia non si accompagna a sintomi apprezzabili.

Per quanto riguarda le manifestazioni classicamente uremiche gli AA. pensano che esse possano derivare principalmente dalla presenza in circolo di sostanze tossiche originatesi da uno squilibrio del metabolismo dei proteidi. Le manifestazioni a tipo non uremico restavano più difficili a spiegarsi: gli AA. avevano creduto in un primo tempo di poterle attribuire alla cheto-acidosi post-operatoria, ma le recenti ricerche di Robineau e Lévy hanno ben dimostrato come esse derivino essenzialmente da uno stato di ipocloremia post-operatoria. Gli AA. stessi hanno constatato come questa ipocloremia post-operatoria sia, in vario grado, un fenomeno costante.

Un ultimo punto interessante è quello che riguarda i rapporti fra questa sindrome post-operatoria e l'equilibrio acido-base. Gli AA. avrebbero constatato nel corso della sindrome iperazotemica post-operatoria ed anzi nel corso di tutte le insufficienze renali acute il complesso caratteristico dell'*alcalosi gassosa* e cioè un abbassamento del rapporto *cloro globulare* e della riserva alcalina del plasma: cloro plasmatico.

Credono perciò di poter ammettere l'idea che l'insufficienza renale acuta non provochi necessariamente, come comunemente si ammette, una acidosi, ma al contrario, un'alcalosi. (L'induzione è un po' azzardata, e tutt'altro che dimostrata. - N. d. R.).

In sostanza, l'interesse pratico che sorge da tutte queste ricerche è quello della possibilità di allontanare, per mezzo della riclorurazione che scaccia lo stato di oliguria relativa, la *poussée* di iperazotemia post-operatoria e ottenere così, talvolta in poche ore, un capovolgimento della sindrome post-operatoria, che, in alcuni malati, si presenta con segni veramente impressionanti.

G. LA CAVA.

DIVAGAZIONI

Libri gialli e realtà. Un drammatico errore peritale.

C'è oggi una quantità di gente che s'ingolfa appassionatamente nella lettura dei libri gialli. È una delle varie manie del tempo attuale in cui intere masse di popolo si spostano, con frenesia, verso una data tendenza, che evidentemente non può essere di un livello intellettuale molto elevato se deve adattarsi a quello comune della massa. Così è per i libri gialli, indubbiamente derivati dai racconti straordinari di E. Poe, ma conservanti soltanto di questi l'esteriorità della trama, senza il minimo intendimento d'arte e senza la sottile conoscenza dell'anima umana che è una caratteristica di Poe.

Comunque, questi intrecci di inverosimili avventure allettano una quantità di gente. Anche in tale campo, però, la realtà della vita è sempre più maravigliosa ed attraente nelle sue varie manifestazioni che non i prodotti della più sbrigliata fantasia. Senza uscire dalla nostra scienza, possiamo trovare fatti non meno avvincenti che ci dicono lo strazio e le ansie realmente vissute ed, additandoci i possibili errori, ci mettono in guardia dal ripeterli noi stessi.

Non si può leggere senza fremere d'intensa commozione il racconto che G. Rizzatti (*La Clinica Ostetrica*, marzo 1933) ci fa di tutto un insieme di errori e di giudizi troppo leggermente emessi da periti e riguardanti la suora di un ospedale arrestata per infanticidio. Dalla serena esposizione scientifica, balza una viva drammaticità.

Donna di 48 anni — sulla quale certi fatti di virilismo pilifero ed il carattere allegro e gioviale attirarono forse i sospetti — la monaca era stata veduta ingrassare in modo appariscente per parecchi mesi e poi visibilmente dimagrare.

Il fatto desta maraviglia ed incominciano delle voci vaghe, che sospettano una gravidanza che — riferiscono i testimoni — non si rese evidente a tutti per la ragione che le monache sogliono portare vesti larghe. La povera suora è sorvegliata a sua insaputa; fra i corpi di reato repertati dall'Autorità vi è persino il pezzetto di carta che la suora stessa introduceva nel buco della serratura quando entrava nel gabinetto da bagno, a farvi chi sa che cosa... Ed infermiere e malate vanno a spiare per le fessure... Un medico parla di rapporti sessuali con la suora...

Sopravviene poi il rapido dimagramento e la voce si precisa. Si trova un cadaverino in un ripostiglio ed il sospetto di gravidanza, di parto, d'infanticidio prende corpo.

La solita lettera anonima, lo zelo del Direttore dell'Ospedale e di un Commissario di P. S., raccolgono la « voce pubblica » e la suora viene arrestata.

Intervengono i periti, evidentemente sugge-

stionati dalla « voce pubblica ». Esame di una diecina di suore: « nulla di nulla in nessuna, soltanto l'indiziata potrebbe... ». Ed allora gli esami si ripetono, trascurando di proposito — strano a dirsi — lo stato dei genitali esterni e del collo uterino. Non si trova alcun segno di certezza e si tiene allora conto di quei sintomi di probabilità di gravidanza, che si usano nella pratica corrente di ambulatorio, e su quelli si fonda la certezza. Si repertano due piccole strie madreperlacee al ventre e si trascurano le altre numerose alle mammelle ed alle cosce. Si strizzano dalla base le mammelle e ne fuoriesce un « mare di latte », tutto contenuto però su pochi vetrini da microscopio. Errore scientifico, che l'A. mette in rilievo, di attribuire a pregressa gravidanza questa secrezione mammaria che lo stesso A. ha trovato in donne sterili, in nullipare ed in una neonata.

Una mestruazione sopravvenuta fra due esami viene presa per lochiazione... ad un mese dal parto. La convinzione generale è tale che ad uno dei periti che tende a manifestare un parere diverso viene prospettata l'ipotesi di un'incriminazione per mendacio!

La suora passa sei lunghi mesi in carcere sotto l'infame sospetto, con l'onta e lo strazio di ripetute visite medico-ginecologiche, in cui « le valve usate per mettere in evidenza il collo uterino determinano lesioni sanguinanti all'imene, alla forchetta, all'osculo ». Lacerabilità senile e verginale, che mal si accorda con un pregresso parto!

La suora ottiene la libertà provvisoria e poco a poco la situazione si rischiara. Molti fatti osservati trovano la loro spiegazione scientifica senza ricorrere ad ipotesi infamanti. L'alternativa di adiposità e di dimagramento si accorda con i disturbi endocrini della menopausa, altri fatti con la presenza dimostrata di un fibroma uterino e così via.

Una prima sentenza assolve l'accusata per insufficienza di prove e finalmente interviene la Cassazione censurando per illogicità tale deliberazione e proclamando l'onorabilità di quella « Suora esemplare, tutta dedita alle opere di carità, alle quali si era per voto monacale, dedicata ».

La tempesta è finita, ma a prezzo di quante sofferenze, ansie e torture, che soltanto la fede in un Altro che aveva vuotato il calice amaro fino alla feccia ha permesso di sopportare!

La delicata missione del perito è irta di difficoltà di ogni genere; ad illuminarne la via servono, oltre che le sode cognizioni scientifiche e l'alto senso morale, gli errori (1) e le invedutezze degli altri, specialmente quando, come nel caso dell'A., sono messe serenamente in rilievo, dimostrando a quali incresciose e dolorose conseguenze possano arrivare.

A. FILIPPINI.

(1) Un altro curioso errore viene riferito da G. BIANCHINI (*Clinica Ostetrica*, maggio 1933). Si trattava di oggetti sospetti, repertati dai RR. CC. in un terreno prossimo all'abitazione di una levatrice di fama sospetta e dichiarati dal locale medico condotto: « ossicini di feto a termine e placenta all'inizio del 4° mese ». Gli esami dimostrarono trattarsi rispettivamente di ossicini di volatile e di pesce e di un tubero di pianta!

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

J. PIÉRI. *La fièvre exantihématique du littoral méditerranéen.* In-8° di 86 pag. con 18 fig. G. Doin, Paris, 1933. Prezzo 30 frs.

La febbre esantematica mediterranea, di cui le prime descrizioni sistematiche si sono avute in Italia verso il 1920, viene ora assumendo sempre maggiore importanza perchè la si riconosce molto più diffusa di quanto si riteneva in primo tempo. Lo studio ne è indubbiamente interessante sia dal punto di vista nosologico per il suo inquadramento in quel gruppo di malattie che comprende il tifo esantematico ed i vari pseudo-tifi, sia per la sua epidemiologia ed il modo di trasmissione.

In questa monografia, l'A. espone l'eziologia, la clinica, la sierologia, l'anatomia patologica e la terapia. Nello studio del virus, riporta le più recenti ricerche sperimentali che proseguono alacremente in Francia (caratteri propri del virus, virulenza del sangue e degli umori, serbatoi del virus in natura, inoculazione all'animale, applicazioni alla piretoterapia).

Sarebbe stato desiderabile che fosse stato messo meglio in luce il contributo degli italiani, di cui le osservazioni (Falcioni e Carducci) hanno preceduto di almeno 5 anni quelle dei francesi e che per i primi (Pecori) hanno sospettato nella zecca del cane l'agente di trasmissione. *fil.*

M. D'ORHSNITZ. *Diagnostic et Traitement du Kala-azar méditerranéen de l'enfant et de l'adulte.* Un vol. in-12° di p. 110 con 18 fig. Edit. Masson et C.ie, 1933. Prezzo Fr. 17.

Il kala-azar, se non diviene sempre più diffuso, è almeno più spesso riconosciuto, grazie alle più accurate diagnosi; perciò richiama una attenzione crescente da parte dei pratici.

La diagnosi è importante, dacchè oggi possiamo attuare una cura efficace della malattia.

L'A. ha raccolto in questo volumetto le nozioni recenti, con particolare riguardo alla diagnosi clinica (notevoli la pigmentazione e le macchie bianche della cute nel kala-azar degli adulti); alla diagnosi di laboratorio (notevoli le prove di presunzione costituite dalla formulleucogelificazione, dalla reazione di Chopra e Das Gupta, dai saggi globulinici di Brahmachari e, per le prove di certezza, la coltura in NNN); alla cura (antimoniale, adiuvante e chirurgica). La bibliografia è tutta francese. VERNEY.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

J. VALTIS. *Le virus tuberculeux.* Un vol. in-8° di 241 pag. Masson e C.ie, Paris, 1932. Prezzo 36 fr.

Le nostre nozioni sulla tubercolosi si sono venute notevolmente modificando in questi ultimi tempi. Basti pensare alla scoperta dell'ultravirus che può mettere su tutt'altra strada i concetti sulla patogenesi e sull'ereditarietà, alle questioni sull'immunità, sulla vaccinazione. Bene ha fatto, quindi, l'A. a darci in questo suo libro una chiara visione dello stato attuale delle più vive questioni inerenti al virus tubercolare.

Considera dapprima il bacillo di Koch, diffondendosi particolarmente sui metodi diagnostici, passa poi allo studio dell'ultravirus, di cui considera la tecnica per lo studio, il potere patogeno, l'importanza per la patogenesi. In un capitolo a parte, esamina la questione dell'ereditarietà, sia quella diretta che indiretta (terreno). Da ultimo il capitolo sul BCG, per il quale porta la prova dell'innocuità e degli effetti.

L'A. è ben noto per i suoi lavori nel campo della tisiologia e specialmente per i suoi studi sull'ultravirus. Con il sussidio di una vasta bibliografia, egli porta quindi anche il valido contributo della propria esperienza e, con una esposizione chiara ed obbiettiva, mette il lettore al corrente di tutto quanto è ormai acquisito e di ciò che resta ancora dibattuto. I lavori degli italiani sono messi abbastanza in luce e — cosa abbastanza rara in un libro francese — la grafia italiana è riportata esattamente. *fil.*

J. MARIE. *La chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire.* In-8°, di 36 pag., con 8 tav. radiografiche. J. B. Baillière, Paris, 1933. Prezzo 6 fr.

Per quanto ancora soggetto di discussioni, la crisoterapia della tubercolosi polmonare viene largamente usata e conta al suo attivo dei successi. Soprattutto, secondo le vedute di L. Bernard, essa sembra indicata negli attacchi evolutivi della tubercolosi polmonare. L'A. precisa qui le indicazioni e le controindicazioni di questo trattamento, la tecnica, la posologia, riportando i risultati ottenuti, in modo da fornire al medico utili insegnamenti per la pratica applicazione del metodo. *fil.*

H. GAEHLINGER. *Infection intestinale et colibacilloses urinaires.* Un vol. in-8° di 152 pag. O. Doin, Paris, 1932. Prezzo 18 frs.

La colibacillosi viene assumendo un'importanza sempre maggiore man mano che si accumulano in proposito le osservazioni. Interessa in modo speciale la sindrome entero-renale, la nota infezione urinaria che indubbiamente oggi si osserva con maggior frequenza di un tempo. La questione presenta molti punti non ancora completamente chiariti ed è certamente degna di richiamare l'attenzione dello studioso e del pratico.

L'A., che da tempo si occupa dell'argomento, tiene soprattutto conto del punto di partenza, cioè dell'intestino e studia le lesioni intestinali della colibacillosi urinaria connessa con l'esaltazione della virulenza del colibacillo normale abitatore delle vie digerenti, i suoi passaggi nel circolo e le modificazioni del terreno urinario che ne permettono l'attecchimento.

Dal punto di vista diagnostico, l'A. mostra l'importanza dell'esame coprologico e dà buone indicazioni di terapia, trattando, in un ultimo capitolo, delle nefriti colibacillari. *fil.*

J. TROÈSIER et J. BOQUIEN. *La spirochétose méningée.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 34.

L'insieme dei lavori clinici e sperimentali eseguiti dagli autori hanno dimostrato che alcune meningiti sono determinate dallo spirochete descritto da Inada e Ido nell'ittero infettivo recidivante.

In questo volume sono ampiamente riassunti i lavori degli autori e degli altri, che li hanno seguiti, sull'epidemiologia, la clinica e la patologia della meningite spirechetosica umana. DR.

C. JENSEN. *Die intrakutane Kaninchenmethode zur Answertung von Diphtherie-Toxin und Antitoxin.* Un vol. in-8° gr. di p. 211. Kopenaghen. Edit. Levin & Munksgaard, 1933 (Suppl. XVI agli « Acta Pathologica et Microbiologica Scandinavica »).

Per giudicare l'efficacia della vaccinazione antidifterica — la quale viene sempre più largamente impiegata mediante l'anatossina — la r. di Schick non dà indicazioni sicure, ma di attendibilità. L'A. ha elaborato un metodo che permette la valutazione precisa degli anticorpi circolanti nel sangue, valendosi di iniezioni di mescolanze di tossina e di siero nella cute del coniglio, ed ha reso il metodo pratico. Le sue copiose ricerche sono state eseguite nell'Istituto sierologico statale di Copenaghen, diretto da Madsen. Vengono riferite dettagliatamente in questo lavoro. L. V.

Bulletin trimestrel de l'Organisation d'Hygiène, 1933, n. 1, Genève.

Questo numero dell'interessante pubblicazione edita dalla Società delle Nazioni contiene il rapporto della Conferenza internazionale sui servizi igienici in certi territori affricani e dell'India brittannica, alcuni studi su un problema della più viva attualità, cioè sugli effetti dell'attuale crisi economica sulle condizioni di alimentazione ed uno studio particolareggiato sulla febbre tifoide nell'ambiente rurale. *fil.*

E. Bayla. *Le novelle del dottore*. Ufficio Stampa Medica Italiana, Milano. Prezzo L. 6.

Queste novelle sono state scritte da un medico con il nobile scopo di diffondere nel popolo precetti elementari d'igiene con il mezzo più accessibile, il divertimento.

Dovendo parlare ad anime semplici l'A. non ha avuta l'intenzione di fare opera pregevole dal punto di vista letterario.

I medici quindi non potranno ricavare gran profitto dalla lettura di queste novelle. Ma ciò non li esime dall'obbligo di far propaganda perchè esse siano lette per la maggiore diffusione dell'igiene. Dr.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 2 giugno 1933.

Sulla diagnosi precoce dei tumori cerebrali.

G. Besta. — La comunicazione ha lo scopo di richiamare ancora una volta l'attenzione dei colleghi su un problema che ha acquistato in questi ultimi anni un'importanza pratica grandissima, dati i risultati sempre più brillanti della neuro-chirurgia: risultati che diventeranno sempre maggiori quanto più presto i malati saranno sottoposti all'intervento operativo. Espone quattro casi nei quali la diagnosi fu posta giustamente in base all'indagine pneumo-encefalografica.

Caratteristiche cliniche di una nefrosi lipoidea di tipo puro e sua evoluzione a distanza.

L. Rossi. — L'O. ha riferito su di un caso di nefropatia nel quale sia per i caratteri clinici che per quelli di laboratorio poteva venire posta la diagnosi di nefrosi lipoidea a tipo puro. L'evoluzione a distanza, complicata con una sintomatologia di idrocefalo vasomotorio e ipertensione arteriosa, ha offerto tratti di colleganza con le nefropatie di tipo infiammatorio cronico. Vengono anche esposti i risultati assai brillanti della terapia dello stato edematoso con le cipolle.

Studi ematologici nella tubercolosi polmonare

P. G. Silvano. — L'O. ritiene che le grandi alterazioni nel volume di plasma totale rilevabili fra diverse ravvicinate determinazioni, in un senso o nell'altro, come appaiono seguendo il metodo del rosso-congo, non siano da ritenersi del tutto reali nè esclusivamente legate a modificazioni regolanti in modo diverso le affinità degli elementi tissulari per le soluzioni colloidali. Esse sono in parte apparenti: legate a fenomeni che alterano e modificano la quantità di sostanza colorante presente in circolo.

Seduta del 16 giugno 1933.

Sostanze idrocarbonate e reazioni precipitanti specifiche nei germi del gruppo dissenterico.

L. Cattaneo-A. Fieschi. — Gli OO. studiano il comportamento biologico di sostanze estratte dai germi del gruppo dei dissenterici mediante il procedimento di Avery. Simili sostanze, contenenti un'alta percentuale di un polisaccaride e di azoto nella proporzione del 4-5 %, sono state ottenute così dallo Shiga-Kruse come dal Flexner e dal bacillo di Hiss-Russell; e dimostrano una composizione centesimale assai simile. Invece biologicamente si comportano in modo diverso col siero anti-Shiga mentre le altre non reagiscono coi rispettivi sieri specifici. Tale comportamento è probabilmente causato dalle caratteristiche dei sieri e non dipende dalla sostanza. Sono date alcune caratteristiche chimiche.

Discussione: Zoja, Foà.

Emoglobinimetria ed indice cromatico.

O. Cantoni. — Si propone che il contenuto emoglobinico del sangue venga espresso esclusivamente in valori assoluti, grammi per 1000 cc., abolendo radicalmente tutte le vecchie scale in centesimi; e che venga considerato come normale per l'uomo, maschio adulto, il valore di g. 156. Dai risultati espressi con la nuova notazione l'indice cromatico con il suo valore abituale, si può ricavare con calcolo semplice o leggero su apposito monogramma.

Discussione: Comel, Foà, Zoja..

La cupremia in diversi stati patologici.

A. Fieschi-E. Storti. — Gli OO., riallacciandosi a precedenti ricerche, continuano lo studio della cupremia in alcuni stati anemici e trovano che nella maggior parte delle anemie primitive (sopratutto la perniciosa) e secondarie (da cancro, da anchilostoma) la cupremia è nettamente elevata: al contrario in un'anemia da emorragie ed in un'anemia a tipo iporigenerativo ed anemolitico la cupremia dimostrava forti diminuzioni del valore assoluto.

La diagnosi broncoscopica del cancro del polmone.

A. Peroni. — Vengono esposte le ragioni anatomo-patologiche per le quali è possibile una diagnosi precoce del cancro del polmone per mezzo della broncoscopia. Si prospetta l'importanza di una diagnosi precoce ai fini della terapia chirurgica. Esposti i segni precoci di tumore endobronchiale e di complicanze di questo, si illustra con casi clinici la necessità di ricordare che i processi suppurativi del polmone possono essere causati da ostruzioni bronchiali neoplastiche suscettibili di essere diagnosticati col metodo broncoscopico.

Il Segretario: Dott. R. Scotti Douglas.

R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 20 maggio 1933.

Presidente: Prof. Sen. G. Pascale.

Deformità cistica congenita non comune della regione temporo-mascellare sinistra da germi parotidei embrionali aberrati.

De Gaetano. — Riferisce che nello scorso anno venne portata alla sua osservazione una bambina, appena nata, che presentava alla regione temporo-mascellare sinistra una tumefazione della grandezza di un mandarino, di dubbia diagnosi. Rivistala dopo un mese, fece diagnosi di *cisti congenita*, perchè era aumentata di volume, presentava una profonda fluttuazione ed era irriducibile.

Consigliò pel momento applicazione di Raggi X, in attesa di una età possibile per l'intervento chirurgico.

Quando la bambina ebbe raggiunto un anno di sviluppo, decise l'intervento chirurgico, che fu eseguito in Clinica.

Espone alcune considerazioni di ordine tecnico, radioterapico ed istopatologico:

1) dal lato tecnico-operativo la lunga incisione antero-posteriore e la resezione del ponte zigomatico permise di dominare bene tutto il campo operativo e di fare una completa asportazione della grande cisti e delle altre piccole, profondamente raggruppate;

2) per quanto riguarda la Röntgenterapia fa rilevare che con essa la cisti non aumentò più di volume; il che l'O. aveva ottenuto, in precedenza, anche in un linfangioma cistico del collo. Questi fatti lo inducono a pensare che, in casi consimili, sarà bene iniziare subito dopo la nascita la Röntgenterapia in attesa che, verso l'anno di età, si possa praticare un intervento radicale;

3) è noto che le formazioni cistiche della glandola parotide sono molto rare e per lo più si sviluppano fra i trenta e i cinquanta anni. Se si consideri che parecchi dei pochi casi pubblicati devono essere considerati parotidei *solo per sede*, e non per origine (giacchè quelle con presenza di epitelio cilindrico e cilindrico-vibratile ed infiltrazione linfocitaria sulla parete, hanno da essere interpretati come cisti di origine branchiale dalla prima sacca endodermica faringea; e quelle con cellule stratificate poliedriche Malpighiane come cisti di origine branchiale dal 1° solco ectodermico), il loro numero verrà ancora più ridotto. La genesi delle cisti uniloculari, a contenuto liquido con caratteri della saliva, deve mettersi in conto di germi glandolari arrestati nel loro sviluppo e, o rimasti ancora nella glandola, o aberrati nelle vicinanze.

Il presente caso rientrerebbe in questa seconda categoria.

Sono presentate all'Accademia le fotografie e le radiografie prima dell'operazione, la bambina operata ed i reperti istopatologici.

Ernia diaframmatica del tenue e del cieco, studiata all'esame radiologtco.

A. D'ISTRIA. — L'O. illustra la storia clinica, i dati dell'esame obiettivo e le note radiologiche rilevate in un bambino di anni 5 che presentava ernia diaframmatica sinistra, contenente il tenue, il cieco e parte del colon.

Si ferma a commentare alcuni punti del reperto radiologico, che gli permettono di sostenere che si tratta di una ernia congenita, intervenuta attraverso un difetto formativo del setto diaframmatico, in un periodo di sviluppo molto precoce; confronta questo caso con altri che gli sono precedentemente capitati facendo rilevare le differenze del quadro radiologico col caso attuale; discute, sulla base dei reperti radiologici, le possibilità di cura chirurgica; fa rilevare come il reperto di tale malattia non è possibile sul vivente che con l'esame radiologico, l'esame clinico potendo consentire solo il sospetto diagnostico.

Il Segretario.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 26 maggio 1933.

Presidente: Prof. B. LUNGHETTI.

Dott. ROMANIELLO (per il dott. MASCIA). — *Ricerche sulle variazioni morfologiche e funzionali dei Salvioli.*

Dott. L. MARTINI. — *Sul dosaggio del mercurio nelle pastiglie di sublimato corrosivo.*

Prof. G. A. CHIURCO. — *Studio clinico-radiologico, anatomo-patologico su 100 casi di tumori del colon.*

Dott. E. CORTELLA. — *Ricerche sulle alterazioni del sistema nervoso nelle intossicazioni da tallio.* V Nota. *Il comportamento dei nervi periferici con particolare riguardo alle terminazioni nervose follicolo-pilari.*

L'alimentazione nei rapporti colla etio-patogenesi della carie dentale.

Prof. G. B. FRANCI. — L'O. riferisce i primi risultati delle ricerche intorno alla influenza della nutrizione materna e dei neonati con pane bianco e pane integrale di grano nei ratti bianchi. Conclude, che la nutrizione con pane integrale più favorevolmente ha corrisposto per la vitalità, resistenza e prolificità in questi animali.

A dimostrazione presenta gli esemplari differentemente alimentati.

E. CORTELLA. — *Ricerche sulle alterazioni del sistema nervoso nella intossicazione da tallio.* V. nota. *Il comportamento dei nervi periferici con particolare riferimento alle terminazioni nervose perifollicolari.*

Contributo clinico radiologico ed anatomo-patologico ai tumori del colon.

G. A. CHIURCO. — Presenta uno studio radiologico-clinico, ed anatomopatologico su 100 casi di tumori del grosso intestino (forme benigne tumorali, infiammatorie, pseudotumori e tumori maligni) con una sintomatologia la più svariata.

Si tratta di 87 adenocarcinomi delle varie sedi del colon: ileo-ceco 14; ceco ascendente 5; ascendente 6; flessura epatica 4; trasverso 7; flessura lienale 3; colon discendente 4; ansa sigmoide 44; 3 cancri su poliposi, un fibromixosarcoma; un fibromioma; 4 pseudo tumori; un fecaloma; un granuloma del ceco; un lipoma; un enterocistoma. La maggioranza dei casi è stata trattata chirurgicamente (85) con la resezione del colon e ileotrasversostomia o col metodo dei tre tempi.

Risultati: 59 migliorati, 3 non guariti, 7 guariti, 31 morti.

Il lavoro sarà pubblicato con oltre 60 figure nel Bollettino della Facolta dell'Università di Siena.

Nuovo processo di resezione polmonare Bellucci-Chiurco.

G. A. CHIURCO. — Dopo avere ricordato il processo usato da Burci per la resezione extraperitoneale del fegato in un caso di cisti da echinococco e lo stesso per la milza dal Taddei, illustra i risultati delle sue esperienze sull'applicazione di tale metodo per il polmone sui cani e sui conigli, accompagnandole con una serie di 15 macro e microfotografie. Mette in rilievo i vantaggi di questo nuovo processo (Bellucci-Chiurco), della sutura incavigliata, che è di pratica semplicità, e che riesce ad evitare il pneumotorace e l'emorragia primitiva e secondaria, nonchè il passaggio di aria, di germi e di sangue nelle vie respiratorie attraverso quelle bronco-polmonari, permettendo di togliere una discreta porzione di polmone, senza danno dell'animale.

Infine espone le proprie osservazioni e considerazioni anatomo ed istopatologiche sul processo di guarigione del moncone polmonare ben fissato alla parete toracica mediante briglie fibrose formatesi tra pleura parietale e pleura viscerale.

U. D'ANCONA. — *Le anomalie delle pinne pettorali nei Selacei batoidei.*

U. D'ANCONA, L. D'ANCONA e VOLTERRA. — *Le modificazioni idrobiologiche del Lago di Nemi durante l'abbassamento del suo livello.*

Prof. LUNGHETTI. — A nome dello studente MARIO ANDREUCCI comunica le *ricerche sull'aderenza reno-surrenale* da questi eseguite.

Rapido dosaggio del mercurio nelle pastiglie di sublimato corrosivo.

L. MARTINI. — L'O., con opportune modifiche, applica il metodo acidimetrico proposto da Rupp nel 1926 (*Pharm. Zentralbl.* 67, 259) per il dosaggio del mercurio, nelle comuni pastiglie di sublimato corrosivo, superando la difficoltà che queste offrono per la materia colorante in esse contenuta.

L'O. per tale rapido dosaggio, propone di agire nel modo seguente:

Due grammi di pastiglie polverizzate, seccate su acido solforico concentrato fino a costanza di peso, si sciolgono, riscaldando, in circa 100 cc. di acqua ed alla soluzione sempre calda si aggiungono cc. 15 di soluzione neutra di acqua ossigenata al 3 % e quindi a poco a poco, ed agitando di continuo, cc. 10 di soluzione normale di idrato potassico. Si riscalda di nuovo ad incipiente ebollizione per circa un quarto d'ora, in modo che il mercurio si depositi completamente, come precipitato grigio pesante.

Si aggiungono quindi 10 cc. di acido cloridrico normale e si riscalda all'ebollizione per cinque minuti; si lascia raffreddare ed, in presenza di fenolftaleina, si rititola l'eccesso di acido con soluzione normale di idrato potassico, del quale non devono impiegarsi più di cc. 7,1, il che indica che nei due grammi di pastiglia analizzata sono contenuti g. 0,96 di cloruro mercurico (dato che 1 cc. di idrato potassico corrisponde a g. 0,1357 di cloruro mercurico).

Ricerche sulle variazioni morfologiche e funzionali dei capillari in gravidanza a mezzo del tonopsatiroscopio del Salvioli.

Dott. G MASCIA. — Con il tonopsatiroscopio del Salvioli l'O. ha ricercato le variazioni morfologiche e funzionali dei capillari durante la gravidanza, il travaglio ed il puerperio. Le regioni prese in esame sono la plica ungueale e la faccia esterna del padiglione dell'orecchio. L'aspetto morfologico in entrambe le regioni è stato pressochè identico: in gravidanza visibilità un po' offuscata, leggero aumento di calibro della parte intermedia e maggiore tortuosità della branca efferente; modificazioni queste che si rendono più palesi in travaglio per poi scomparire in puerperio, mentre la visibibilità in questi due ultimi tempi migliora. Durante le contrazioni uterine si ha qualche segno di iperemia, ma il dato più importante è un certo stato spastico con assottigliamento dei minimi tratti arteriolari e contemporanea stasi nella rete venosa sottopapillare. Nulla di caratteristico circa la corrente sanguigna tranne un più facile rilievo di essa in puerperio, forse per la migliorata visibilità. I dati tonometrici subiscono minime oscillazioni all'orecchio nei tre periodi, mentre una più netta differenza si rileva sulla plica ungueale specie tra gravidanza e puerperio. Per la permeabilità l'O. ha notato un maggior ritardo nella scomparsa del ponfo in gravidanza che non in travaglio e puerperio. La fragilità o resistenza capillare segue una curva che raggiunge il massimo in travaglio per diminuire rapidamente in puerperio.

Anemia progressiva eritroleucopiastrinopenica sintoma dominante di una linfogranulomatosi midollare.

Dott. SAMEK ed ARCHI. — Gli OO. riferiscono di un caso di linfogranuloma non comune sia per il quadro clinico che anatomopatologico. Ne erano particolari caratteristiche una diffusione in toto del tessuto linfogranulomatoso al midollo osseo, mentre partecipavano in grado assai minore al processo anche il fegato, la milza e le linfoghiandole. Espressione clinica di questa malattia fu una progressiva anemia eritroleucopiastrinopenica, senza eosinofilia e senza prurito con note terminali di diatesi emorragica.

Circolo collaterale soprapubico quale postumo di flebite della femorale.

L. D'ANTONA. — L'O. presenta un individuo nel quale in seguito a flebite post-tifica della femorale sinistra si è sviluppato un imponente circolo collaterale attraverso le vene soprapubiche per mezzo delle quali il sangue venoso dell'arto sinistro va a scaricarsi nella femorale del lato opposto.

Ne mette in evidenza la rarità e ne discute il probabile meccanismo genetico.

Due casi di circolazione venosa sovrapubica transfemorale.

Dott. E. SAMEK. — L'O. illustra dal punto di vista clinico e patogenetico due casi di circolazione venosa supplementare secondaria a tromboflebite della femorale, interessanti per la via non comune seguita dal circolo collaterale, rappresentata dalle v. pudende esterne che dilatandosi progressivamente assieme alle loro anastomosi sovrapubiche permettono al sangue della femorale del lato colpito di scaricarsi nella v. femorale del lato opposto.

Evoluzione ematologica in un caso di mielosi leucemica cronica.

Prof. dott. L. CROSETTI. — L'O. illustra una particolare modalità di evoluzione del reperto ematologico in un caso di mielosi leucemica cronica nel quale, per il sopravvenire di uno stato di sepsi, parallelamente all'instaurarsi di un quadro leucopenico progressivo, sono grandemente diminuiti nel sangue circolante i granulociti immaturi mentre si sono conservati pressochè nelle proporzioni primitive le cellule indifferenziate.

L'O. illustra e discute le ipotesi che si possono avanzare a spiegazione del fenomeno che presenta qualche analogia col concetto del « Hiatus leukämicus » recentemente avanzato da Naegeli.

G. DADDI. — *Sul potere antigene dei lipoidi pigmentofori del b. prodigioso.* Il lavoro comparirà per esteso sul: Boll. « Studi Facoltà Medico-Chirurgica » di Siena.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Atrepsia infantile primitiva ed insulinoterapia.

Dott. ATTILIO BELARDINELLI.

Nel lattante predomina l'assimilazione sulla disassimilazione, perchè ha bisogno di tenere maggiore quantità di alimento per potersi sviluppare: cosa che non si manifesta in nessuna età in modo così imponente.

Quando è ostacolata l'assimilazione venendo a predominare la disassimilazione si ha distrofia. Le cause di tali ostacoli sono la nutrizione insufficiente, l'alimentazione irrazionale, le alterazioni gastroenteriche, la tubercolosi e la sifilide. La distrofia o ipotrofia non ha limiti netti, ma quando è in grado più avanzato si parla di atrofia. In tali casi l'atrofia è secondaria cioè non è una malattia, ma è un esito delle varie forme morbose sopra indicate.

Vi sono inoltre forme di atrofia primitiva (Concetti): si tratta di lattanti con funzioni intestinali normali ma con alterato metabolismo anzi con deficienza degli enzimi che presiedono a tutti i fatti di metabolismo interno. In questi bambini deve esistere una disposizione ai disturbi assimilativi fin dalla nascita, con resistenza minima alle infezioni, per cui ammalano facilmente di otiti, piodermiti, broncopolmoniti: si hanno cioè alterazioni gravi dei tessuti mal nutriti, disturbi della circolazione e nutrizione generale, continua diminuzione di peso ed anemia, che hanno per conseguenza la degenerazione grassa delle cellule e dei tessuti dei diversi organi e si manifestano in ultimo con l'assorbimento secondario degli organi in degenerazione grassa (autofagia), con l'atrofia di essi, dando origine a tutti i più svariati disordini funzionali a seconda della importanza fisiologica dell'organo colpito.

La patogenesi è ancora discussa: una teoria endocrina ammette la sindrome dovuta a squilibrio funzionale del timo e della tiroide; una teoria chimica fa derivare l'artofia primitiva da squilibrio del metabolismo cellulare con diminuzione della funzione fissatrice dell'acqua e dei sali fino alla disidratazione dei tessuti.

A seconda degli A. A. che hanno variamente descritto tali forme, si parla di atrofia di Parrot, decomposizione di Filchelstein, atrofia primitiva di Concetti.

La sintomatologia è caratteristica: pelle secca ed arida, muscolatura flaccida, gambe retratte; fontanelle infossate, occhi infossati nelle cavità orbitali; fronte rugosa con aspetto di vecchio o di scimmia. Mucosa boccale secca quasi sempre coperta di mughetto; addome spesso gonfio con tegumenti secchi; attorno all'ano, perineo, organi genitali costantemente eritemi.

Il bambino dorme poco, grida quasi sempre e con voce rauca; polso piccolo, parti periferiche fredde. Sopratutto sono impressionanti la facies senile e la pelle raggrinzata con perdita di turgore.

A. B., mesi 9, primogenito; genitori sani e viventi. Nato a termine e di peso normale (Kg. 3). La madre riferisce che fin dalla prima settimana ha notato una regressione del peso normale. Dietro consiglio di specialisti ha fatto allattamento misto dando anche vari ricostituenti. Nel timore che il latte della madre avesse potuto influire sull'ipotrofia è stato dato a balia. Feci normali per quantità e colore. Quando cade sotto la mia osservazione presenta il quadro completo e caratteristico dell'atrofico: l'esame obbiettivo dei vari organi è negativo ad eccezione di mughetto alla mucosa boccale.

Peso Kg. 2,500.

Prescrivendo la nutrizione esclusivamente al seno inizio la cura insulinica. Inietto (a giorni alterni) 5 U. C. di insulina facendo seguire immediatamente una iniezione di 20 cc. di una soluzione di glucosio al 30 %. Ho adoperato l'insulina Belfanti dell'I.S.M. Non ho lamentato alcun incidente; ho notato solo dopo la quarta iniezione e fino alla 14ª un marcato nistagmo rotatorio che poi è andato scemando fino a scomparire completamente e di cui non mi so spiegare la causa nè l'eventuale rapporto con la cura insulinica. Complessivamente ho praticato 18 iniezioni d'insulina ed altrettante di soluzione di glucosio al 30 %.

Alla terza iniezione il bambino pesava Kg. 2,850, cioè dopo sei giorni di cura aveva guadagnato Gr. 300; alla decima iniezione pesava Kg. 3,700; alla diciottesima Kg. 4,600. Il miglioramento è stato duraturo e progressivo tanto che dopo un mese dall'ultima iniezione pesava Kg. 6,200 e tuttora, dopo due mesi dall'ultima iniezione, chilogrammi 7,500.

L'aumento del peso ha costituito il fatto di primaria importanza, quantunque il miglioramento delle condizioni generali lo abbia superato e preceduto: fin dalla prima iniezione all'aspetto famelico e senile della faccia è seguita l'espressione caratteristica del bambino sano e vivace. Gli occhi sono divenuti più lucidi e la pelle si è — direi quasi — desquamata, assumendo un aspetto e un colore normale.

L'insulina, dopo le sue meravigliose applicazioni nel diabete e sopratutto nel coma, è stata sperimentata nella cura delle più svariate forme morbose; anzi si può affermare che, prendendo lo spunto dall'azione benefica manifestata nelle

complicazioni del diabete (prurito, eczemi, furuncoli, antrace, xantoma), non vi sia malattia nella quale non sia stata sperimentata. Però mentre in alcuni campi ha dato risultati soddisfacenti, in altri si è dimostrata completamente inefficace.

Qualche autore ha ammesso « che non potendosi avere accumulo di albumine e di grasso nell'organismo se non vi è scomposizione degli idrati di carbonio, e che, non essendovi scomposizione che quando l'apparato insulare è integro, questo organo ha certamente una parte importantissima nella regolazione fisiologica della alimentazione e nella determinazione della appetenza.

Posto così il rapporto tra la funzione dell'apparato insulare ed i depositi di grasso nell'organismo, è stata tentata fin dal 1924 la cura insulinica nella denutrizione dei tubercolosi e il trattamento ha dato dei buoni risultati.

I pediatri americani nel 1925 per i primi applicarono l'insulina nella cura delle ipotrofie infantili con risultati soddisfacenti. In generale si iniettano cinque U. C. di insulina ogni due giorni facendo seguire immediatamente una iniezione di 10-20 c.c. di soluzione glucosata al 30 %.

Il glucosio è il miglior mezzo per combattere l'ipoglicemia derivante dall'introduzione nell'organismo di insulina, nello stesso tempo è un elemento d'importanza grandissima nell'alimentazione del lattante. È necessario controllare il peso dopo la quarta o quinta iniezione; non conviene insistere se non c'è aumento. Per ottenere lo scopo bastano circa venti iniezioni.

Camerano (Ancona), giugno 1933.

RIASSUNTO.

L'A., fatta una breve relazione sulle atrofie infantili, riferisce un caso di atrofia primitiva guarita con l'insulinoterapia.

SEMEIOTICA.

Ricerche sull'intradermo-reazione applicata alla diagnosi dell'echinococcosi.

In generale si considera la intradermoreazione di Casoni come specifica della cisti da echinococco. Tuttavia si riscontrano dei fatti contradittori.

A. Morenas, nel 1929, in un infermo splenomegalico, con eosinofilia e Casoni fortemente positiva, all'intervento non trovò la cisti idatidea ma una splenomegalia con precirrosi del tipo Banti; l'esame delle feci del paziente mise in evidenza che esso era portatore di *Taenia inerme*. Fairley e Williams trovarono una cisti idatidea 52 volte soltanto su 87 casi di reazione positiva e pensano che un certo numero di reazioni positive siano dovute all'antigene impiegato, e consigliano quindi di saggiare l'antigene su pazienti non portatori di echinococco. Constatato che vi sono soggetti sensibili all'antigene idatideo, essi pensano che si debbano considerare come positive solo quelle reazioni in cui si possono eliminare le false reazioni dovute alle proteine del liquido antigene. Pensano che l'asma, la sifilide, l'orticaria, il prurito possono dare reazioni positive e che, in ogni caso, bisogna escludere la presenza di elminti.

Y. Onteirino Nunez e M. Calvelo Lopez (*Annales de Méd.*, genn. 1933) allo scopo di ricercare se in effetti la reazione intradermica di Casoni è specifica della cisti di echinococco o se è una reazione di gruppo, hanno eseguito delle ricerche adoperando un antigene proveniente da cisti di echinococco di montone e un antigene di tenia.

Essi concludono:

1) Che la reazione di Casoni non è specifica per la cisti idatidea, ma è una reazione di gruppo.

2) Che l'antigene preparato con estratto di tenia dà risultati perfettamente sovrapponibili a quelli ottenuti con il liquido idatideo, tanto nei portatori di tenie che nei malati affetti da echinococcosi.

3) Che devono esistere delle proprietà antigeni comuni fra tenie di specie differenti.

C. TOSCANO.

CASISTICA.

Le cause di morte improvvisa.

Harry L. Smith di Rochester ne ha parlato in una riunione della Società Medica del distretto di Yankton, a Vermilion, il 28 aprile 1932 (*The Lancet*, 15 giugno 1932).

È già difficile stabilire qual'è il momento preciso della morte ed è anche difficile classificare le morti improvvise. L'A. ha raccolto 28 casi di morte improvvisa, includendovi casi in cui la morte si ebbe nello spazio di sei ore dall'inizio della sintomatologia.

In 13 casi la morte fu causata da trombosi coronaria, in 5 da emorragia cerebrale, in 1 caso da emorragia di una vena esofagea in un cirrotico, in 3 da embolia polmonare, e in 1 rispettivamente da rottura di aneurisma cerebrale, da emorragia in tumore cerebrale, da emorragia gastrointestinale, da epilessia e da eccessivo calore.

R. LUSENA.

Corpi estranei nelle prime vie digestive ed aeree.

C. Borri (*Il Valsalva*, marzo 1933) riferisce su alcuni casi di corpi estranei penetrati nelle prime vie digerenti. Alcuni a esito fortunato. Una ragazza di 22 anni con una protesi dentaria agganciata sulla parete posteriore dell'esofago ed ivi rimasta per 3 mesi; un uomo,

che da 65 giorni portava un frammento di sterno di pollo nel grosso bronco destro, ben visibile all'esame radiologico. In entrambi i casi, l'estrazione fu facile. In un altro, che aveva una piccola pallina di pietra in trachea (radiografia) i violenti conati di vomito determinati dalla somministrazione di ipecaquana ne provocarono l'emissione.

In altri tre casi, si ebbe invece la morte: in uno per complicazione periesofagea mediastinica, negli altri due per emorragia da corrosione di grossi tronchi arteriosi. Quest'ultima evenienza consiglia di passare un laccio attorno al tronco carotideo comune prima di procedere all'estrazione del corpo estraneo per via endofaringea, in modo da potere allacciare prontamente la carotide nel caso di bisogno.

Un altro caso viene riferito da S. Mengoni (*Ibidem*) di un osso di pollo a V (furcola) penetrato nella laringe di un bambino di 17 mesi. Il corpo ha provocato gravi accessi di soffocazione, poi è stato tollerato per 24 ore, tanto da dare l'impressione che fosse stato espulso con la tosse. Insorsero però gravi fatti di stenosi con complicazione bronco-polmonare, per cui s'impose l'intervento: tracheotomia bassa e tirotomia, seguito da completa guarigione. *fil.*

Pericoli delle iniezioni endovenose.

A. W. Forst (*Fortschr. d. Therapie*, e *Med. Welt*, 22 apr. 1933) osserva che è un errore il praticare delle iniezioni endovenose quando si possa ottenere lo stesso effetto con quelle endomuscolari o sottocutanee. Non si deve dimenticare la possibilità di una reazione colloidoclasica, che si può avere in seguito a qualsiasi iniezione endovenosa indipendentemente dalla natura della sostanza introdotta. Vanno maggiormente soggetti a tale pericolo i vecchi, gli ipertonici, gli arteriosclerotici, i cardiaci e le persone che sono sensibili alle proteine (con disposizione all'asma, all'orticaria, alla febbre da fieno) od hanno idiosincrasie medicamentose.

Indubbiamente, vi sono degli stati in cui le iniezioni endovenose possono avere delle indicazioni, come il collasso e gli stati comatosi, in cui si useranno secondo i casi strofantina, adrenalina, gluconato di calcio, soluzione ipertonica di cloruro di sodio, insulina e contemporaneamente soluzione di glucosio nel coma diabetico, sieri antitossici. Invece, il cardiazol, la coramina, la stricnina agiscono ugualmente bene anche per iniezioni endomuscolari e sottocutanee. Anche la lobelina agisce bene per tali vie e non si ricorrerà a quella endovenosa se non nei casi di estrema urgenza. *fil.*

(Cfr. anche p. 1230).

Avvelenamento acuto da jodio.

V. Lejbowitsch (*Münch. Mediz. Woch.*, 24 febbraio 1933) riferisce di uno studente di 27 anni, affetto da angina, cui aveva seguito una sindrome dolorosa articolare, e che era curato con iniezioni endovenose di collargolo. Una di queste fu sostituita, per errore, con 10.0 cmc. di tintura di jodio. Il medico, accortosi subito dell'incidente, iniettò immediatamente 500 gr. di soluzione fisiologica endovena ed altri 400 gr. per via sottocutanea, praticando inoltre iniezioni di morfina e canfora.

Subito dopo l'iniezione della tintura di jodio il paziente accusò senso di oppressione toracica, tosse e mancanza di respiro, profusa sudorazione e notevole irrequietezza. Polso 85, irregolare. Poche ore dopo: escreato giallastro, rantoli alle basi polmonari, diuresi normale.

Il secondo giorno si notava grande irrequietezza, dolori toracici, tosse con sputo viscoso (al microscopio presenza di emazie), debolezza generale e lieve cianosi: polso 125. A destra, al disotto della scapola fino alle basi, rantoli e piccole bolle. Cuore dilatato, toni impuri. Polso leggermente aritmico. Lingua umida, pulita. Ritenzione d'urina: col cateterismo furono estratti 1250 cc. d'urina contenente albumina, zucchero e sangue e con reazione per lo jodio positiva. L'esame del sangue dava: 3 mil. 400 mila emazie, 10 mila leucociti. Furono praticate fleboclisi e ipodermoclisi di sol. fisiologica, trasfusione di 250 cc. di sangue, iniezioni di cardiotonici.

Al quarto giorno miglioramento netto, subiettivo ed obiettivo. Sputo rossastro, viscoso. Dolore sordo al ginocchio. Nello stesso tempo i dolori e la tumefazione a carico delle varie articolazioni erano scomparsi. Urina normale, negativa la reazione per lo jodio.

In seguito miglioramento rapido con sparizione completa della sintomatologia articolare. Il paziente venne dimesso completamente guarito.

Si tratta dunque di un caso di intossicazione acuta da jodio, che presenta vari punti degni di considerazione. I segni a carico del torace sono indubbiamente da riferire all'azione irritante specifica dello jodio.

Notevole il fatto che l'alterazione a carico del rene sia stata transitoria e non abbia lasciato alcun segno di sè. Ma ancora più interessante è la rapida e completa sparizione della sintomatologia articolare che non era stata influenzata dai soliti mezzi terapeutici (antireumatici, collargolo, ecc.).

Si tratta di una guarigione inaspettata, mai prima d'ora osservata, in cui lo jodio ha agito come mezzo altamente specifico.

Il caso potrebbe servire di base a nuove ricerche farmacologiche e cliniche sull'azione dello jodio, che si è già rivelato mezzo terapeutico efficace in alcune malattie croniche delle articolazioni. G. LA CAVA.

Su una setticemia consecutiva a mastite a grappolo.

Una madre può morire per allattamento mal diretto?

La risposta deve essere affermativa. Il caso descritto da E. De Donno (*La Clinica Ostetrica*, aprile 1933), ne è una riprova. Si tratta di una

donna pluripara, nella quale subito dopo l'ultimo parto, si sviluppò una mastite a focolai ascessuali multipli, i quali non incisi avevano ridotto la donna in condizioni allarmanti, tanto da far temere fondatamente l'*obitus*. Ciò nonostante la paziente aveva continuato ad allattare il proprio bambino, ma questo dopo qualche tempo era deceduto in condizioni pietose di nutrizione.

Venuta sotto l'osservazione dell'A., questi proibisce l'allattamento (il bambino morì nelle successive 24 ore), pratica una cura antisetticemica con vaccino antistreptococcico e cardiocinetici, incide ben cinque ascessi della mammella ed una adenite sottoascellare.

Un'iniezione di chinino, praticata nella natica allo scopo di combattere una sospettata riacutizzazione malarica, agì come ascesso di fissazione e si ebbe un rapido regresso dei sintomi a carico della mammèlla. Così che la paziente fu potuta dimettere guarita dopo essere stata fra vita e morte: e ciò per un semplice ascesso della mammella che avrebbe potuto guarire senza alcuna complicazione mediante una cura oculata e ben diretta e, principalmente, mediante la sospensione dell'allattamento.

G. LA CAVA.

TERAPIA.

Un metodo semplice ed efficace di prevenzione degli accidenti serici a mezzo dell'ingestione di efedrina.

L'azione dell'adrenalina contro gli accidenti serici è potente ma brutale e di corta durata. Essa inoltre non si esercita che per via parenterale.

Esiste un medicamento, simile per costituzione molecolare all'adrenalina, e di cui si utilizzano con successo le proprietà contro l'asma, malattia che ha tanta affinità con la malattia da siero. È l'efedrina, che ha il vantaggio di essere efficace per ingestione. La sua azione è più lenta ma più dolce di quella dell'adrenalina e più duratura.

Poichè l'efedrina ha influenza preventiva sulla crisi di asma, è naturale pensare che così anche sia sulle reazioni seriche.

P. P. Levy (*Bull. de l'Ac. de Méd.*, 23 maggio 1933) ha somministrato il medicamento prima di ogni inoculazione di siero e poi ha mantenuto l'organismo sotto la sua impregnazione costante rinnovando l'ingestione delle dosi. A questo scopo ha dato la prima compressa di efedrina un'ora prima della iniezione di siero; successivamente ha somministrato per 14 giorni regolarmente ogni 8 ore una compressa (la regolarità della somministrazione è essenziale). Nei bambini da 1 a 4 anni ha adoperato compresse da 1 centigrammo, da 4 a 9 anni compresse da 2 centigrammi, da 9 a 15 anni compresse da 3 centigrammi.

Non ha constatato alcun inconveniente imputabile al medicamento.

Nei soggetti nei quali il trattamento fu eseguito correttamente l'A. ha ottenuto una proporzione di successi dell'85,4 %. C. TOSCANO.

L'effetto specifico della "fuadina" sul granuloma inguinale.

La « fuadina » (chiamata così in onore del re Fuad d'Egitto) è un composto prevalente di antimonio e potassio che sostituisce il tartrato di antimonio e potassio nella cura della bilharziosi, in cui è efficacissima. Essa è efficace anche nella cura del granuloma inguinale. Si adopera in soluzione al 7 %, soluzione che si mantiene stabile anche dopo 6 mesi e che si inietta nei muscoli.

Nei 14 casi trattati da T. V. Williamson, J. W. Anderson, R. Kimbrough, A. I. Dodson (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 27 maggio 1933) non si notarono disturbi nè fatti che controindichino in qualche caso l'uso della fuadina, che è certamente superiore al tartrato di antimonio e potassio anche nella cura del granuloma inguinale. R. LUSENA.

L'atebrin nell'emoglobinuria malarica.

Fino a pochi anni fa uno dei problemi più gravi della terapia malarica era quello della cura dei malarici con emoglobinuria. Era anzi questo uno dei primi dilemmi che, tragico, si poneva di fronte al giovane studente in medicina. Bisogna dare o non dare il chinino? Se non lo si dà, la malattia non guarisce e il plasmodio regna indisturbato, se lo si dà vi è molta probabilità di aggravare l'emoglobinuria per l'azione emolisante del medicamento stesso.

Oggi le cose sono forse cambiate: si sono trovati dei succedanei del chinino, e fra questi l'*Atebrina* avrebbe dato a E. Wagelsbach (*Arch. für Schiffs- und. Tropen-Hyg.* ecc., luglio 1933) ottimo risultato in un caso di malaria tropica in cui l'iniezione di chinino aveva provocato un lieve attacco di emoglobinuria: somministrata in seguito l'atebrina, la emoglobinuria rapidamente sparì e così anche la febbre malarica.

E ciò perchè l'atebrina avrebbe sul *pl. falciparum* la stessa azione che ha la chinina, senza però provocare nè favorire in alcun modo l'emolisi. G. LA CAVA.

Il cloruro di sodio nella febbre tifoide.

P. Caryophyllis (*Paris méd.* e *British med. journ.*, 22 ott. 1932) raccomanda di evitare nella tifoide una dieta ad acqua e latte, perchè provoca una cloropenia; ma se per qualche ragione s'intende seguire tale dieta, bisogna aggiungervi del cloruro di sodio in quantità di almeno 15 grammi al giorno. Egli consiglia di iniettare giornalmente sottocute 500 grammi di soluzione fisiologica. In tal modo, si aumenta la diuresi e l'organismo viene fornito di una sufficiente quantità di cloruri.

Se vi è notevole diarrea ed un profondo stato tifoso, si inietterà per via endovenosa della soluzione ipertonica al 10 % ad intervalli di 3 ore. *fil.*

La salsapariglia nella cura della sifilide.

Multa renascentur... ed anche la salsapariglia ritorna nel nostro arsenale terapeutico, fra i rimedi della sifilide. W. Richter (*Medizin. Welt*, 17 giugno 1933) dà la composizione di questa droga, che consta essenzialmente di tre saponine, oltre ad olio volatile, a cere amare, amido, sostanze estrattive.

La salsapariglia è usata in Germania sotto forma di decotto di Zittmann ed in Italia sotto quella di decotto del Pollini. Essa è particolarmente indicata come cura eliminativa dopo intense cure con preparati chemioterapici, specialmente quando compaiono dei disturbi nervosi, perdita di peso, ecc. Un'indicazione speciale è data dalle malattie luetiche del cuore e dei vasi, in cui esistono controindicazioni per gli altri trattamenti. L'A. ha trovato utile l'aggiunta di manganese allo scopo di esercitare un'azione stimolante sui tessuti; in combinazione con la cura bismutica, si ha un rapido assorbimento dimostrabile con l'indagine radiologica. *fil.*

Errori di tecnica ed incidenti delle iniezioni terapeutiche.

O. Stör (*Der Chirurg.*, marzo 1933) fa il bilancio di questo metodo di terapia che ora è tanto in voga, basandosi sul larghissimo materiale della clinica di Kirschner a Tubingen e sull'inchiesta fatta presso 70 compagnie di assicurazione.

Ricorda gli incidenti generali noti ma rari: « shock », collasso, trombosi a distanza, dermatiti, ecc. Emette l'ipotesi di un rapporto fra la moltiplicazione delle iniezioni endovenose e la recrudescenza degli incidenti flebo-embolici post-operatori.

Iniezioni ipodermiche. — Necrosi od ascessi, di cui la causa è data da un'iniezione fatta troppo spesso al derma, o in una soluzione mal preparata, od in errori di asepsi.

Iniezioni endomuscolari. — Possono essere causa di disturbi dolorosi o di vere nevriti quando la soluzione è stata introdotta troppo vicina ad un nervo, come lo sciatico od il radiale. Non è necessario, del resto, che il nervo sia traumatizzato direttamente, ma basta che la soluzione s'infiltri nelle sue vicinanze. I sali metallici, arsenicali, il somnifen avrebbero, sotto tale punto di vista grande importanza, specialmente in individui magri od a muscolatura atrofizzata.

Iniezioni endovenose. — Oltre ai pericoli derivanti dalla penetrazione della soluzione nel tessuto cellulare sottocutaneo e delle escare che ne conseguono (salvarsan, tripaflavina, cloruro di calcio, ecc.), l'A. insiste sulle trombosi connesse con l'alterazione dell'endovena; trombosi locali od a distanza possono osservarsi in seguito ad iniezioni endovenose di arsenico, di calcio, ecc. e non è eccezionale la possibilità di embolie polmonari.

In qualche caso, l'iniezione è penetrata nelle arterie.

Si tratta soprattutto di errori inesplicabili di tecnica che nei 7 casi della letteratura (più uno della clinica di Tubingen) sono stati seguiti da gangrena. Nel caso riportato, l'iniezione di tetrajodo era penetrata nell'arteria cubitale. Si ebbe rapida gangrena dell'arto. non migliorata dall'arteriotomia e che rese necessaria l'amputazione.

Risulta, anche da esperienze compiute dallo stesso A., che poche gocce di una soluzione irritante possono determinare dei disturbi vascolari importanti, specialmente se interviene un'alterazione primitiva dell'arteria. *fil.*

(Cfr. anche p. 1238).

MEDICINA SCIENTIFICA.

Gli anticorpi nella malaria.

Da lungo tempo si crede che i parassiti della malaria siano capaci di provocare la produzione di anticorpi: ma la dimostrazione di questi non era molto evidente. Ora è riuscita bene a H. Neumann (*Riv. di Mal.*, 1933, n. 2), il quale si è valso di una tecnica già elaborata da C. Schilling nei riguardi dei tripanosomi. Il Neumann non ha fatto altro che trasportare alla malaria il metodo di Schilling, il quale consiste nel prelevare il siero dopo l'accesso febbrile e farlo agire sui parassiti prelevati, dallo stesso paziente, prima dell'accesso: all'uopo il sangue parassitifero va conservato in ghiacciaia.

In tali condizioni le forme asessuali dei parassiti malarici vengono disciòlte (i gametociti invece resistono). L'A. ha lavorato con parassiti di terzana.

La formazione di anticorpi trova conferma in altre ricerche di N. T. Koressios (pubblicate nello stesso fascicolo). Questo A. ha preparato dei conigli con sangue malarico parassitifero e poi ne ha iniettato il siero a dei malarici (9 casi). Naturalmente, si provocavano fenomeni di emolisi, a volte allarmanti: ma i parassiti e la febbre scomparivano.

L'A. ha lavorato con *vivax* e con *falciparum*. L'azione curativa si è avuta non solo nei riguardi della specie parassitaria contenuta nel sangue iniettato, ma anche sull'altra specie.

I fenomeni d'emolisi rendono inattuabile il procedimento in pratica; ma esso ha valore dottrinario. A. P.

Le proprietà battericide del liquido cef.-rach. e degli essudati e trasudati.

P. von Gara e O. B. Frantz (*Klin. Wochenschrift*, 27 maggio 1933), prendendo in esame dei liquor provenienti da soggetti sani e ammalati (fra questi figuravano meningitici, po-

liomielitici, luetici ecc.), hanno veduto che il potere battericida del liquido c.r. è nullo contro i bacilli Gram-negativi; in qualche caso tale potere esisteva verso i germi Gram-positivi; esso coincideva allora con un peso specifico relativamente alto (fra 1.008 e 1.015). Gli AA. credono che tale proprietà è strettamente connessa con il contenuto del liquido c.r. in cellule.

Per quel che riguarda il potere battericida dei versamenti esso era ben pronunciato in quelli di origine infiammatoria (p. s. superiore a 1,018), specie verso i batteri Gram-positivi. I trasudati si dimostrarono assolutamente privi di azione battericida. S. Minz.

VARIA.

La sordità dei cacciatori.

In base a numerosissime osservazioni continuate da anni, G. Dore (*Il Valsalva*, gennaio 1933) ha isolato un tipo particolare di sordità da cui sono colpiti i cacciatori con armi lunghe da fuoco. Essa è sempre unilaterale ed interessa l'orecchio sinistro nei destrimani ed il destro nei mancini. Tale difetto dell'udito si osserva in prevalenza per i toni dal do^3 al do^5 della scala tonale. Quasi sempre raccorciato è lo Schwabach; l'orologio sulle due mastoidi viene percepito in misura molto minore dalla parte lesa. Subbiettivamente, esistono talora ma non sempre, dei ronzii ad alta tonalità.

Tale quadro indica chiaramente una lesione del labirinto acustico ed è somigliante alle altre forme di sordità professionale. Naturalmente, ne varia l'intensità secondo varie cause (anni di esercizio venatorio, età, altre lesioni a carico del naso del rinofaringe, dell'orecchio, ecc.).

L'unilateralità della lesione viene spiegata per il fatto che, mirando per esempio con l'occhio destro, è l'orecchio sinistro che viene ad essere maggiormente esposto allo stimolo sonoro ed al brusco spostamento di aria provocati dallo scoppio. Tale doppia azione traumatizzante non determina subito lesioni gravi, ma col ripetersi a lungo finisce col ledere l'apparato acustico.

La lesione, in paesi dove molti esercitano, per diporto o per professione, la caccia, la lesione è molto diffusa ed ha carattere permanente. Dal punto di vista profilattico, sarà bene introdurre durante la caccia un batuffolo di cotone nel condotto uditivo. *fil.*

Rapporti sessuali nei vecchi.

Il *Medical Times a. Long. Island Med. Journal* (marzo 1933) rileva come non sia raro che i vecchi anche in età avanzata si concedano rapporti sessuali. In molti casi non ne derivano danni di sorta; ma altre volte gli effetti possono essere gravi.

L'articolo riferisce di una donna sessantenne che, immediatamente dopo l'atto sessuale, presentò dilatazione acuta di cuore, ad esito mortale.

Presumibilmente il cuore, già insufficiente, assoggettato a maggior lavoro durante l'orgasmo, si dimostra inidoneo a funzionare e si arresta.

Il fatto non è raro; ma è difficile avere dati attendibili, perchè esso viene nascosto dal partenario terrorizzato.

Abbastanza frequente è pure l'angina pectoris. Si è osservata morte improvvisa, da trombosi delle coronarie, poco spiegabile.

A volte l'esito infausto non è immediato, ma avviene dopo ore: si trovano vecchi morti nel loro letto e non se ne sospetta il motivo.

I vecchi che sposano donne giovani vanno spesso incontro a decadimento, perchè non più idonei a sostenere le lotte amorose. I danni possono essere immediati; l'articolo riferisce il caso di un vecchio morto durante la prima notte della luna di miele. Le donne si dimostrano più resistenti, ma non indenni.

È difficile stabilire quante morti improvvise di vecchi siano state precipitate dai rapporti sessuali. Ma un'inchiesta diligente rivelerebbe fatti insospettati.

È probabile che nei vecchi sani i rapporti sessuali siano innocui, specialmente se questi sono praticati con morigeratezza. Invece è necessario che i vecchi siano cauti se malati: così i diabetici, gli arteriosclerotici avanzati, i miocarditici, gl'ipertesi. A. M.

(Da *Ann. d'Ig.*, aprile 1933, allegato).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

S. Lachmann. *Grundzüge der Kurortwissenschaft.* — Editore Thieme, Lipsia. Prezzo MK 5,60.

H. Königer. *Das Individualisieren und die Überwindung des Individuellen in der Krankenbehandlung.* — Editore Thieme, Lipsia. Prezzo MK 1,80.

J. H. Schultz. *Das autogene Training.* — Editore Thieme, Lipsia. Prezzo MK 16,80.

M. Pavone. *Di alcuni errori e pregiudizi in pratica urologica.* — G. Travi, Palermo, 1933.

U. Novelli. *Note e considerazioni sull'infezione gonococcica della donna.* — Tip. Terme-Montecatini, 1932.

G. Albano e E. Gallina. *Amniosgrafia.* — Tip. Agostiniana, Roma, 1932.

C. Agostini. *Sopra un caso di oligodendroglioma dell'encefalo.* — Tip. Economica, Perugia, 1932.

G. Guerrini. *Emolisi fotodinamica in vivo determinata dalla clorofilla.* — Tip. Nicola, Varese, 1932.

T. Cimino. *Esiste una malattia del collo vescicale.* — Tip. Ospiz. Benefic., Palermo, 1932.

E. Meynier. *L'assistenza pediatrica ai neonati della Maternità dell'Ospedale Maria Vittoria.* — Tip. Donati, Parma, 1933.

Memoria de la Campaña contra el paludismo. — Tip. Aguirre, Madrid, 1932.

N. Mori. *L'isopatinoterapia del cancro.* — Stab. Poligr. Riuniti, Bologna, 1932.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

52° *Dottor P. M.* — L'amnistia estingue il reato e, quindi, tutti gli effetti penali. Rimangono però impregiudicati gli effetti civili ed, eventualmente, quelli disciplinari.

53° *Dottor P. S.* — Non è obbligatoria l'assicurazione contro gli infortuni professionali per il personale ospedaliero, salve disposizioni speciali del regolamento locale o dell'atto di nomina.

54° *Dottor G. Z.* — Se nel passato lei si è assentato ogni 15 giorni, previ accordi col medico viciniore e, dopo averne dato avviso al Podestà, si può ritenere che sia questa *una consuetudine nel senso previsto dal Capitolato*. S'intende che deve trattarsi di breve assenza e che il servizio non ne risenta danno.

55° *Dottor A. P.* — La quistione è discutibile. Non essendo stato modificato il regolamento che richiede come condizione la decorrenza di un determinato periodo di tempo dalla data della laurea e questo titolo potendo avere effetti valutabili, indipendentemente dall'esame di Stato, è da ritenere che l'ammissione al concorso non sia illegittima. Gli interessati, cioè coloro che sono rimasti fuori della graduatoria, possono ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro il provvedimento definitivo di nomina, anche per motivo inerente all'ammissione di concorrenti che avrebbero dovuto, eventualmente, essere esclusi.

56° *Dottor M. M.* — Se i primi due concorrenti non accetteranno la nomina, il Podestà sceglierà fra i due del secondo gruppo, liberamente, qualora, però, la graduatoria a parità di merito non debba essere modificata per titolo di preferenza. In altri termini, la graduatoria *ex aequo* presuppone una condizione di capacità uguale; ma questa è poi modificata dal titolo di preferenza che è indipendente dall'accertamento della capacità specifica.

Dato l'indirizzo della giurisprudenza del Consiglio di Stato, è da ritenere che prevalga il titolo dipendente dal servizio prestato nella stessa condotta: la condizione di famiglia è valutabile, sempre secondo la giurisprudenza, a parità di ogni altra condizione: quindi, in ultimo grado.

57° *Dottor R. D.* — Il regolamento o il capitolato non può derogare, in senso sfavorevole al medico condotto, alle disposizioni dell'art. 29 del regolamento 19 luglio 1906 n. 446, concernenti i congedi e le aspettative.

È dovuto, in ogni caso, un congedo annuale, in uno o più periodi, della complessiva durata massima di un mese. Nel caso di malattia accertata, non dipendente da causa di servizio, la durata del congedo potrà estendersi fino a tre mesi. Se la malattia è contratta in servizio e per causa di esso, il congedo si estenderà fino al termine massimo di un anno. Durante il congedo ordinario e straordinario e in dipendenza di esso, non possono essere imposti al sanitario oneri o aggravi nè diminuzioni dello stipendio.

Queste condizioni possono essere migliorate dai regolamenti locali ma non modificate in peggio.

58° *Dottor P. L.* — Si potrebbe fare la ipotesi di omissione di soccorso (art. 593 cod. pen.); ma nel caso da Lei indicato non se ne verificano le condizioni. La legge non stabilisce un obbligo espresso e specifico, la cui violazione importi responsabilità penale; io ritengo, però, che, implicitamente, risulti dall'ordinamento giuridico l'obbligo del sanitario di prestare assistenza, specialmente nei casi di necessità e di urgenza, salvi motivi giustificati. La rilevanza dei motivi è in relazione alla urgenza e alla necessità del soccorso. Ma, ripeto, nel caso da Lei indicato, tanto più che il suo rifiuto era giustificato da motivi di salute e il soccorso poteva essere prestato dal medico condotto, non mi pare che vi siano elementi di responsabilità.

59° *Dottor F. C.* — Se il primo graduato non accetta, il Podestà deve procedere alla nomina di un altro concorrente idoneo. La giurisprudenza del Consiglio di Stato ha riaffermato energicamente il diritto di libera scelta; ma il Podestà deve uniformare la sua attività amministrativa alle istruzioni delle autorità superiori. Se non osservasse l'ordine della graduatoria senza giustificati motivi, il Prefetto non approverebbe la deliberazione. Quindi, praticamente il Podestà deve procedere secondo l'ordine della graduatoria. Può essere nominato il concorrente dichiarato idoneo, cioè graduato oltre i limiti della terna, con almeno 27 punti su trenta.

60° *Dott. G. O.* — Pur essendo previsto nell'avviso del concorso il servizio di vigilanza igienica, l'incarico affidato al medico condotto non esclude che il Prefetto possa revocarlo per attribuirlo ad un medico libero esercente. In questo senso è la giurisprudenza del Consiglio di Stato.

N B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ISTRUZIONE SUPERIORE.

Il testo unico delle leggi sull'istruzione superiore.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto che approva il Testo unico delle leggi sull'istruzione superiore.

Trattasi di un provvedimento la cui importanza trascende quella di una semplice elaborazione legislativa, in quanto riassume un decennio di legislazione fascista nel campo dell'istruzione e dell'alta cultura, dalla legge organica 30 settembre 1923, n. 2102, alla legge 8 giugno 1933, n. 629, concernente il riordinamento dei servizi amministrativi delle Università e degli Istituti superiori.

Il Testo unico non solo ha permesso di riunire la vasta e complessa legislazione universitaria, emanata in lungo volgere di anni; ma ha anche consentito d'inquadrare in un sistema organico le norme concernenti gli istituti d'istruzione superiore già dipendenti da altri Ministeri (Istituti superiori agrari, di medicina veterinaria, di scienze economiche e commerciali, Istituto superiore navale).

La compilazione è stata agevolata dalla facoltà concessa al Governo del Re di coordinare, ove fosse necessario, le varie disposizioni legislative introducendo, se del caso, norme integrative, facoltà del resto della quale è stato fatto un uso assai cauto.

* * *

Il Consiglio dei Ministri ha anche approvato uno schema di provvedimento per la trasformazione della Scuola superiore di malariologia in Istituto di malariologia.

MEDICINA SOCIALE.

Le funzioni dell'Opera maternità e infanzia.

Ha avuto luogo in Roma, al Campidoglio, il rapporto dei presidenti delle Federazioni Provinciali dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia. Il rapporto è il primo dopo la trasformazione degli organi direttivi dell'Opera secondo la legge 13 aprile corrente anno.

Il principe Boncompagni Ludovisi ha portato il saluto di Roma.

Il presidente dell'Opera, gr. uff. avv. Sileno Fabbri, ha rilevato come, con i nuovi compiti dalla recente legge attribuitile, la Provincia accentui ancora di più la sua caratteristica funzione sociale; ha parlato delle « Direttive e chiarimenti intorno allo spirito informatore della legislazione riguardante l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia e alle sue pratiche applicazioni », ricordando innanzi tutto il comandamento del Duce: rafforzare il sentimento del vincolo familiare; dare il maggiore impulso alla natalità; ridurre al minimo le cause di mortalità delle madri e dei bambini.

Dopo aver accennato alla funzione dell'O. N. M. I. nei confronti delle altre istituzioni esistenti per la protezione e l'assistenza delle madri e dei fanciulli — funzione di integrazione e di coordinamento — il presidente è passato ad illustrare il nuovo ordinamento dell'Opera, e il funzionamento degli organi locali cominciando dalla Federazione, di cui ha messo in evidenza l'accresciuta importanza anche in rapporto alle accresciute funzioni ad essa affidate.

Ha detto dei *Comitati di Patronato*, che sono i veri organi diretti ed immediati dell'assistenza alle madri ed ai fanciulli, ed ha richiamato pertanto l'attenzione sulle funzioni dei Comitati stessi, e sull'organizzazione dei servizi relativi che possono essere organizzati in un unico « *Centro di assistenza materna ed infantile* » rispondente ai principî di coordinazione previsti dalla legge.

Ha dato le opportune disposizioni ai presidenti delle Federazioni circa la costituzione dei nuovi organi dirigenti dei comitati ed ha concluso richiamando ancora una volta l'attenzione dei presidenti sulla nobile missione ad essi affidata dal Regime.

Si è svolta quindi la discussione intorno agli argomenti di maggior rilievo.

* * *

Il Capo del Governo ha ricevuto i componenti del Comitato Centrale dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, presentatigli dal presidente avv. Sileno Fabbri, ed ha impartito le direttive per l'azione che deve svolgersi con ritmo sempre più intenso per lo sviluppo numerico, la salute e la potenza della razza italiana.

Colonie e campeggi in Italia.

Il 30 giugno, sotto la presidenza dell'on. Starace, si è riunito il Direttorio Nazionale del P. N. F.

Il Direttorio Nazionale, sulla scorta degli elementi forniti dal Segretario del Partito, ha esaminato la organizzazione delle colonie estive e dei campeggi, constatando come, nei confronti dello scorso anno, essa abbia raggiunto un maggior grado di perfezione, intesa ad accertare le effettive condizioni fisiche dei bambini e quelle economiche delle loro famiglie. La cifra esatta di quanti usufruiranno delle cure climatiche potrà essere data soltanto al termine dell'estate. È accertato, in base alle segnalazioni pervenute, che il numero delle unità sarà, quest'anno, superiore a quello dell'anno scorso.

Il Segretario del Partito ha informato il Direttorio Nazionale sull'attività sportiva che i Gruppi Fascisti Universitari e i Fasci Giovanili di Combattimento svolgeranno durante l'estate. A tale attività, che si inizia intensa ed interessante, non saranno estranei i reparti che parteciperanno ai campeggi montani e marini.

Cronaca del movimento professionale.

Per la qualifica di specialista.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di decreto col quale si riaprono i termini per la presentazione delle domande intese ad ottenere il riconoscimento della qualifica di specialista nei varî rami professionali.

Tali domande devono essere presentate non oltre il 30 settembre 1934 per il tramite dei competenti ordini o collegi della circoscrizione in cui gli interessati hanno la loro residenza.

Ordine dei medici della Provincia di Roma.

Il Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici, adunatosi la sera del 12 corrente, ha fra l'altro preso in esame la questione della pubblicità fatta dai

medici sui giornali e sugli altri periodici. E, rilevati alcuni casi in cui tale pubblicità non corrisponde a quel senso di dignità e di serietà che deve essere proprio della classe medica, ha deliberato che la stessa deve essere limitata alla indicazione della specialità dal medico praticata, all'indirizzo dello Studio o Gabinetto, ed alle ore di ricevimento. Il Consiglio prenderà i provvedimenti disciplinari contro gli eventuali trasgressori.

Il Consiglio ha poi deliberato la concessione di un sussidio di L. 1500 all'Opera dei figli orfani di sanitari in Perugia e un contributo di L. 3000 per la « Casa di riposo » del medico.

Associazione di medici condotti a Modena.

In una sala della Casa del Fascio di Modena è avvenuta l'inaugurazione dell'Associazione provinciale dei medici condotti, a capo della quale è stato chiamato il camerata dott. Giuseppe Romani. Alla riunione erano presenti la grande maggioranza dei medici della provincia, il prof. Trinca e il segretario federale comm. Lai. Il prof. Romani ha pronunziato un discorso, mettendo in luce l'attività dei medici della provincia e la loro fede fascista. Il segretario federale ha pure pronunziato un discorso, porgendo innanzi tutto il saluto alle Camicie nere ed incitando i medici della provincia ad intensificare la loro opera per la lotta contro la tubercolosi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUASANTA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 sett.; L. 7400 oltre L. 440 indenn. laurea, L. 2376 cavallo o mulo, L. 616 uff. san.; nette del 12 %; tassa L. 50.

AQUILA DEGLI ABRUZZI. — Scad. 14 ag.; L. 10.000; condotta rurale; trasp. L. 3000; riduz. 12 %; 4 quinquenni dec.; età lim. 35 a. al 4 lug; voti materie di esame; 4 anni di condotta; tassa L. 50,10.

BERGAMO. *Ospedale « Principessa di Piemonte »*. — Scad. 15 ottobre; aiuto chirurgo e assistente di anat. patol. e ricerche cliniche; stipendi rispettivamente L. 8500 e L. 7500; c.-v.; riduz. 12 %; per l'assistente camera personale con obbligo di pernottam.; età lim. rispett. a. 35 e a. 30; tassa L. 50; chied. annunzio.

CENATE D'ARGON (*Bergamo*). — Scad. 30 sett., ore 18; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre lire 723,70 uff. san., L. 2000 trasp., L. 300 ambulat., addizionali di L. 2 e L. 5 per tutti gl'iscritti, c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 45 a. al 1° luglio; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50.

CHIUSA SCLAFANI (*Palermo*). — Scad. 10 ott.; 1ª condotta; L. 8250 e 5 quinquenni dec.

CODOGNO (*Milano*). — Per titoli. Posto di titolare della terza condotta rurale medica. Scadenza 30 settembre 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

ELSANE (*Carnaro*). — Scad. 4 ag.; L. 8500 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2000 trasferta; riduz. 12 %; L. 73,35 lorde mensili per uff. san.; classificazione esami speciali e di laurea; tassa L. 50,10.

GABINE (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., L. 300 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Scad. 25 agosto, ore 15; vice direttore sanitario dello Spedale di S. Martino; L. 22.500, oltre L. 2500 serv. att., 3 quadrienni di L. 1000; riduz. 12 %; laurea da 6 anni; età lim. 40 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° lug. Chied. annunzio.

Scad. 21 agosto, ore 15; 1 aiuto specialista in oculistica e 1 in dermosifilopatia; L. 5000; riduz. 12 %; laurea da 4 anni; nom. e 3 conferme triennali non oltre 45 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° lug. Chied. annunzio.

Scad. 30 ag., ore 15; vice primario medico; L. 5000 lorde del 12 %; nomina e conferme triennali; laurea da 4 anni; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 5 lug. Chied. annunzio.

GONZAGA (*Mantova*). — Scad. 30 sett.; per Palidano; L. 9500 e 5 quadrienni di L. 1000 oltre c.-v. e L. 500-2500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MACERATA. *Ospedale Civico.* — Scad. 15 ag.; aiuto medico; L. 6400 e percentuali; riduz. 12 %; età lim. 30 a.; 2 anni di assistente o aiuto medico in clinica od ospedale importante. Rivolgersi Segreteria Congregaz. di Carità.

MERANO (*Bolzano*). *Ospedale Civico.* — Scad. 31 ag.; chirurgo primario; L. 12.000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 3447-5189 indenn. temporanea di residenza, L. 5000 se direz. Ospedale; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; 6 anni in Ospedale come titolare od assistente effettivo, dei quali 4 almeno in reparto chirurgico. Rivolgersi al Comune.

MERCATINO MARECCHIA (*Pesaro-Urbino*). — Al 20 sett.; 3ª condotta; L. 8000 oltre L. 3000 cavalc.; c.-v.

NOVARA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 11 sett.; medico direttore e direttore del dispensario di Novara; due medici direttori delle Sezioni dispensariali; stipendi L. 20.000 pel 1° posto e L. 12.000 per gli altri due, oltre indenn. supplementare, rispettivam. L. 6000 e L. 3000; età lim. 45 a. al 10 lug., laurea da 2 anni; rivolgersi alla Segreteria.

NULE (*Sassari*). — Scad. 28 sett.; L. 9500 oltre L. 800 uff. san. e L. 1000 arm. farm.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

PESCASSEROLI (*Aquila*). — Scad. 5 ag.; L. 9500.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Si partecipa che il termine di scadenza del concorso, di cui il bando del 15 maggio 1933, per il posto di Direttore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi, è prorogato fino alle ore diciotto del giorno 15 settembre 1933.

RIMINI (*Forlì*). — Scad. 15 ag.; 2 condotte foresi; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2000 o L. 3000 cavallo o autovettura; c.-v.; addizionali L. 3, L. 4 e L. 5 oltre il 12 % della popolaz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale.* — Scad. 31 ag.; direttore sanitario dell'Ospedale Sanatoriale di Siracusa; età lim. 45 a.; doc. non anter. al 1° giu.; L. 24.000, oltre l'alloggio e il trattamento di previdenza. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Direz. Generale (Servizio Personale), via Minghetti 17, Roma.

S. GENESIO ATESINO (*Bolzano*). — Scad. 16 ag.; con Meltina; L. 8500 oltre L. 750 uff. san., lire 1275 arm. farm., c.-v.; riduz. 12 %.

SAVIANO (*Napoli*). — Scad 30 ag.; con Scisciano e S. Vitaliano; L. 9500 oltre L. 1500 trasp.; età lim. 35 a.

TARANTO. *Ospedale della SS. Annunziata.* — Scad. 25 ag.; primario radiologo e aiuto chirurgo; rispettiv. stipendi L. 5000 e L. 3500; età lim. a. 45 e a. 40; compartecipaz. Nomine: fino a 65 anni pel primo posto; 6 anni pel secondo posto. Chiedere bando alla Segreteria.

VENEZIA. *Comune.* — Scad. 30 sett., ore 18; medico ispettore delle Scuole: L. 14.000 oltre L. 2500 serv. att.; assistente nella Sez. medico-micrografica e assistente nella Sez. chimica del Laboratorio di Vigilanza Igienica Municipale: L. 12.500 oltre lire 2500 serv. att. e L. 1500 servizio provinciale; per i tre posti 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° luglio. Chiedere annunzio. Rivolgersi: Ufficio Personale del Municipio.

VERCELLI. *Amministrazione provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di assistente per la Sezione Chimica nel Laboratorio di Igiene e Profilassi. Stipendio annuo iniziale L. 10.000, oltre a lire 2000 annue di indennità, il tutto ridotto del 12 % e delle trattenute di legge. Sei aumenti quadriennali del decimo sullo stipendio. Documenti prescritti dall'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, oltre al certificato di iscrizione al P. N. F. ed a copia dello stato di servizio per chi abbia prestato servizio militare. Scadenza 15 settembre 1933-XI. Assunzione servizio entro trenta giorni dalla nomina. Chiarimenti e richiesta avviso di concorso alla Segreteria Provinciale.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Gustave Roussy è nominato decano della Facoltà di medicina di Parigi. Succede al prof. Balthazard, che non si è ripresentato. Il Roussy, che insegna anatomia patologica, è noto per gli studi sul cancro e per le azioni promosse contro questa malattia (centro anticanceroso di Villejuif, Istituto di studio e trattamento del cancro, presso la Facoltà, in via di completamento), nonchè per interessanti studi sulla tiroide, l'ipofisi ecc. e per alcuni trattati che possono considerarsi classici.

Sono trasferiti col loro consenso i proff.: Giuseppe Brotzu, d'igiene, da Modena a Cagliari; Leone Lattes, di medicina legale, da Modena a Pavia.

Il dott. Harvey Cushing è nominato professore di neurologia alla Scuola Medica dell'Università Yale a New Haven. La cattedra è stata stabilita mediante un lascito di trecentomila dollari, fatto dal compianto John W. Sterling, di cui essa recherà il nome.

Alla Scuola Medica dell'Università di Pennsylvania in Filadelfia sono nominati i proff.: George M. Coates, John Claxton Gittings e Isaac Starr jr. rispettivamente di otolaringologia, di pediatria e di ricerche terapeutiche (nuova cattedra intitolata a Milton B. Hartzell).

Il dott. Walter Bierring è stato eletto presidente dell'Associazione Medica Americana per l'annata 1934-35.

NOTIZIE DIVERSE.

2ª Conferenza internazionale sul gozzo.

È indetta a Berna dal 10 al 12 agosto; è promossa dall'Ufficio sanitario federale svizzero e organizzata dalla Commissione svizzera pel gozzo.

L'inaugurazione avrà luogo nella sala nazionale del Parlamento, sotto la presidenza del ministro dell'interno, Dr. Meyer.

Temi: 1° « Ipertireosi », relatori: prof. de Josselin de Jong (Utrecht), prof. Holst (Oslo), dott. Plummer (Rochester, S. U.), prof. Eppinger (Colonia), prof. Peycelon (Lione); 2° « Nuove ricerche sul gozzo endemico », relatori: Dr. McCarrison (Coonoor, India Br.), prof. Pighini (Reggio Emilia); 3° « Struma maligno », relatori: prof. Dunhill (Londra), prof. de Quervain (Berna). Sul primo tema verranno fatte comunicazioni complementari dai dottori: Cattell (Boston), Roussy e Welti (Parigi); sul secondo tema dai dottori: J. A. Höejr (Malmö, Svezia), W. Webster (Baltimora), Eggenberger (Herisan, Svizzera); sul terzo dai proff.: de Verébely (Budapest), B. Huguenin (Berna).

Per informazioni rivolgersi al segretario della Commissione, Dr. O. Stiner, eidgenösslisches Gesundheitsamt, Bollwerk 7, Bern, Svizzera.

4° Congresso internazionale contro il reumatismo.

La Lega internazionale contro il reumatismo ha indetto il suo 4° Congresso a Mosca, dal 3 al 6 maggio 1934. Temi: « Clinica del reumatismo articolare acuto »; « Indicazioni della balneoterapia nelle varie forme di reumatismo »; « Gli stati reumatici nei lavoratori dei trasporti, nei minatori e nei metallurgici ». Durante il Congresso verrà organizzata un'esposizione. I congressisti avranno l'opportunità di visitare i diversi sanatori e le stazioni termali del Caucaso e della riva del Mar Nero. Per informazioni rivolgersi alla segreteria della « Ligue internationale contre le Rhumatisme », Keizergracht 489, Amsterdam, Olanda.

Dopo il Congresso si terrà, forse, una seduta della Lega a Varsavia.

20° Congresso italiano di psichiatria.

Il XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria avrà luogo in Siena dal 1° al 4 ottobre. I soci della Società Italiana di Psichiatria ed i cultori della Psichiatria, della Neurologia e Scienze affini potranno parteciparvi come membri effettivi versando all'atto della iscrizione L. 15 se soci e L. 20 se non soci. Anche le persone di famiglia potranno parteciparvi, come membri associati, previo versamento della tassa d'iscrizione di L. 10 per persona. Tutti gli iscritti, che ne faranno tempestiva richiesta, riceveranno in tempo utile lo scontrino per la riduzione ferroviaria (30 %) e la tessera di riconoscimento attestante la regolare iscrizione al Congresso, necessaria per usufruire della riduzione ferroviaria e per partecipare alle sedute ed ai ricevimenti offerti ai congressisti.

Saranno svolte relazioni sui seguenti temi: « La diagnosi delle cerebropatie della primissima infanzia » (relatore prof. Balduzzi); « decorso ed esito della psicastenia » (relatore prof. Puca); « Le nuove realizzazioni dell'assistenza ospitaliera psichiatrica all'estero » (relatore dott. Manzoni).

Presidente della Società è il prof. A. Donaggio;

presidenti del Comitato ordinatore sono i proff. A. D'Ormea e G. Ayala.

I titoli delle comunicazioni dovranno essere inviati alla Segreteria del Comitato ordinatore del Congresso non oltre il 1° settembre p. v.

I riassunti delle relazioni dovranno pervenire alla Segreteria del Congresso non oltre il 15 agosto per potersi tempestivamente provvedere alla loro stampa. I riassunti delle comunicazioni dovranno essere consegnati prima di fare la comunicazione stessa.

Le quote d'iscrizione al Congresso dovranno essere versate in tempo opportuno per ricevere la tessera e gli scontrini ferroviari, al cassiere del Comitato ordinatore dott. cav. uff. Attilio Belardi (Ospedale Psichiatrico S. Niccolò in Siena). Per qualsiasi informazione rivolgersi all'Ufficio di Segreteria del Comitato ordinatore del Congresso presso l'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò in Siena.

Le giornate mediche di Bruxelles.

Si sono svolte dal 24 al 28 giugno con una straordinaria affluenza di partecipanti, non pochi dei quali dall'Estero.

La regina dei Belgi assisteva alla seduta inaugurale, in cui il ministro dell'igiene, conte Carton de Wiart, tenne il discorso di benvenuto; in nome dei delegati stranieri parlò il prof. Léon Bernard di Parigi.

Le giornate mediche di Bruxelles sono state destinate quest'anno prevalentemente allo studio della sifilide.

Sono state fiancheggiate da festeggiamenti e da escursioni ed integrate da una gita ad Ostenda.

Sono state accompagnate da una ricca mostra.

Per la sistemazione edilizia di alcune università.

Il 20 luglio in Roma, alla presenza del Capo del Governo, sono state firmate le due convenzioni tra lo Stato e gli Enti interessati alla sistemazione edilizia della R. Università e della R. Scuola di Ingegneria di Padova e della R. Università di Firenze.

La progettata sistemazione dei servizi ed il rinnovamento degli impianti scientifici dei due centri universitari richiesti da tanti anni, potranno così essere attuati, per volere del Duce, risolvendo il problema di mettere i due importanti Atenei in grado di rispondere alla loro alta missione scientifica.

La spesa prevista ascende a lire 45.000.000 per l'Università e la Scuola d'Ingegneria di Padova, delle quali lire 35.000.000 a carico dello Stato e lire 10.000.000 a carico degli Enti interessati e lire 20.000.000 per l'Università di Firenze, delle quali lire 13.500.000 a carico dello Stato e lire 6.500.000 a carico del Comune e dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova.

Saranno tra l'altro costruiti *ex novo* i fabbricati per le cliniche e per gli Istituti scientifici attualmente allogati in locali inadatti ed insufficienti.

* * *

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimento concernente l'anticipazione del contributo statale per la sistemazione degli Istituti universitari di Pisa: per gli esercizi finanziari dal 1933-34 al 1935-36 le rate annue di contributo dello Stato saranno dell'ammontare di lire sei milioni ciascuna anzichè di tre milioni.

Sulla sistemazione edilizia di alcune università cfr. anche la notizia data nel fasc. 28, p. 1118.

Per il prof. Jemma.

Colleghi, discepoli, amici, ammiratori dell'illustre Maestro dell'Ateneo napoletano, prenderanno occasione dal suo trentesimo anno d'insegnamento ufficiale della pediatria per esprimergli sensi di devota e cordiale estimazione. Si prepara anche una raccolta di memorie mediche in suo onore; la consegna del volume sarà fatta presumibilmente verso la fine dell'anno, con solennità degna del clinico, dello scienziato, del filantropo.

Si prega di inviare l'adesione al prof. I. Nasso, via Commenda 9, Milano. La quota di adesione è di L. 100. A tutti gli aderenti verrà inviato in omaggio il volume.

Onoranze al prof. C. Gallenga.

Nell'aula delle conferenze del Palazzo Universitario di Parma, si sono riuniti i professori dell'Università, gli aiuti, gli assistenti e un folto stuolo di studenti per porgere il loro saluto al prof. Camillo Gallenga, che col prossimo ottobre lascerà la cattedra per raggiunti limiti di età.

Il rettore magnifico prof. Luigi Preti ha lumeggiato la grande attività scientifica e sociale del Gallenga il quale durante 45 anni di permanenza nella cattedra ha curato oltre 82.000 ammalati con circa 18.000 interventi ed ha avviato alla professione medica un numero grandissimo di allievi. L'oratore ha altresì messo in evidenza le benemerenze del festeggiato come cittadino, come patriota, nonchè come Preside della Facoltà e Rettore della Università e lo ha vivamente ringraziato anche a nome del Consiglio di Amministrazione per l'opera proficua svolta a vantaggio dell'Ateneo. A nome dei colleghi gli ha offerto una artistica medaglia d'oro ed una pergamena con dedica.

Il prof. Gallenga ha ringraziato per l'attestazione di stima e di affetto a lui tributata.

Per le pensioni ai medici in Romania.

In Romania i medici anziani in stato di bisogno, ricevono degli aiuti dall'Associazione Medica Nazionale, che durante l'undicennio 1922-1932 ha distribuito 318.000 *lei* in sovvenzioni, variabili fra 500 e 5000 *lei*. Questi soccorsi, di natura quasi elemosiniera e perciò umilianti, sono ad azione fugace e di un'efficacia irrisoria rispetto all'entità e alla continuità dei bisogni. La crisi economica ha ora aggravato la situazione generale e si fa sentire sovratutto tra i medici, a causa della pletora (sia pure relativa: si annoverano in Romania 8000 medici per 20 milioni d'abitanti e di essi un quarto risiede a Bucarest, che conta mezzo milione d'abitanti) ed a causa della scarsa organizzazione della classe.

Si è pensato ora di provvedere ad un sistema di pensioni. All'uopo è stato compiuto uno studio preliminare diligente in altre Nazioni e sono stati raccolti molti dati interessanti. Risulta, per es., che in Danimarca si è pure tentato un sistema di pensioni, per tutti i medici, ma non è riuscito; si è solo potuto provvedere a due istituti di ricovero: uno per i medici vecchi e l'altro per le vedove e gli orfani che ne facciano richiesta. Nell'Austria superiore si provvede al pensionamento dei medici, ma limitatamente a quelli delle assicurazioni; inoltre si è costruita una Casa dei medici, che è costata incirca un milione e mezzo di lire it. Nel Belgio v'è una Società d'assicurazione costituita da medici, per la vecchiaia, per gl'infortuni professionali ecc.; inoltre una Società assicurativa iscrive i medici a condizioni molto vantag-

giose e dà loro un indennizzo di 25.000 franchi quando abbandonano la pratica (un medico può prendere fino a 4 quote); si hanno anche due associazioni mediche di soccorso. In Polonia vige l'assicurazione obbligatoria di tutti i medici. In Svizzera si è attuato un sistema di pensioni, ma le iscrizioni si accettano solo fino all'età di 40 anni e solo per medici perfettamente sani; si sono anche organizzate una cooperativa ed un'associazione di soccorso per medici. E così via.

In Romania sono stati elaborati due progetti: 1° assicurazione presso una società; 2° cassa pensioni. Il Governo si è impegnato a prestare un concorso efficace qualora venga attuato il secondo progetto. L'Associazione Medica Nazionale ha già stanziato, all'uopo, un milione e mezzo di *lei* e darà ulteriori contributi; altri introiti sarebbero costituiti: dalla vendita di blocchi per ricette (per le quali verrebbe reso obbligatorio l'uso dei moduli); da una tassa del 0,5 % sugli introiti di sanatori, case di salute, gabinetti radiologici; da contributi delle Camere mediche; da contributi vari (concerti, balli, donazioni ecc.). Le pensioni si assegnerebbero dopo 60 anni di età e dopo 20 di esercizio professionale; andrebbero devolute anche alle vedove, nonchè ai figli fino ai 18 anni (21 se iscritti nelle università) in stato di bisogno. Il progetto sarà discusso in settembre dal Parlamento; si prevede che andrà in vigore nell'ottobre.

Assistenza a medici profughi dalla Germania.

Abbiamo già dato notizia, nello scorso numero, di un Comitato costituitosi in Inghilterra allo scopo di prestare assistenza ai professionisti e scienziati profughi dalla Germania. Il Comitato, presieduto da lord Rutherford, ha sede presso la « Royal Society ». La forma più concreta di assistenza attuata per i medici consiste nell'offerta di posti fissi; si evita però di assegnare posti che possano interferire con l'attività di professionisti inglesi, onde non danneggiare questi ultimi. Siffatta opera di soccorso è stata resa più agevole, in quanto Comitati simili sono sorti anche negli Stati Uniti, in Francia ed in Svizzera e si è venuti ad un'intesa per modo che, qualora un campo di attività idoneo ad un profugo sia già occupato in una Nazione, si cerca se sia libero in un'altra Nazione.

In Inghilterra è stata offerta ospitalità ai profughi anche dalla Sezione di Cambridge della « All People's Association », alla quale sono state fatte cospicue donazioni con tale scopo.

Cinquantennio di laurea.

Si sono riuniti nella secolare farmacia dell'Ospedale Incurabili di Napoli vari vecchi medici dell'Università partenopea per festeggiare le loro nozze d'oro con la scienza d'Esculapio. Dopo i discorsi del presidente del Comitato promotore generale medico prof. S. Salinari e del generale medico prof. Della Valle, cui risposero degnamente il marchese Gerace e il comm. Merolla, dell'Amministrazione Ospedaliera, i convenuti vollero compiere una gita in automobile alle opere del Regime e poi tennero un simposio a Marechiaro, ove si brindò alle future nozze di diamante.

Condanna di un medico.

Un medico di Kansas City (Stati Uniti), dott. Brown, aveva diagnosticato la sifilide in un paziente con manifestazioni cutanee. Prelevato il sangue, lo aveva mandato ad un laboratorio per la Wassermann. Il responso fu negativo; ma al cliente egli scrisse il contrario, e lo invitò a recarsi subito da lui, per iniziare la cura. Il cliente chiese la scheda, ma il medico asserì che la risposta non era stata consegnata in una scheda. In seguito ad insistenze del malato, il medico si recò al laboratorio, ove dichiarò di avere perduto la scheda e se ne fece rilasciare una in bianco, che poi riempì da sè e che consegnò al cliente. Questi ebbe dei sospetti e recatosi al laboratorio scoprì l'inganno; donde una denunzia al « Board of medical registration and education », che corrisponde al nostro Ordine. Il Brown è stato dichiarato colpevole di grave immoralità e sospeso indefinitamente dalla professione. Egli si è appellato alla Corte Suprema del Kansas; ma la condanna è stata confermata.

Un po' dovunque.

Il 3° Congresso internazionale ospedaliero venne inaugurato il 5 luglio a Knoche (Belgio) e si è svolto nei cinque giorni successivi; si è chiuso in Olanda. È stato preceduto e seguìto da visite a istituzioni nosocomiali e varie. Ne daremo ulteriori notizie.

Dal 10 al 15 luglio si è tenuto a Parigi ed a Bruxelles un congresso internazionale delle infermiere, cui hanno partecipato più di 2500 delegate di tutti i Paesi. La seduta inaugurale venne presieduta dal ministro francese della sanità, Daniélou.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana ha tenuto una serie di adunanze nei giorni 25 aprile, 9 maggio e 6 giugno, sotto la presidenza del prof. U. Baratozzi assistito dal segretario dott. P. Soda. Furono fatte comunicazioni dai dottori: G. Pittani, prof. C. Rossetti, B. Spagnoli, prof. A. Pignatti, V. Lanzani, prof. G. Dossena, A. Magrassi.

L'Accademia medico-chirurgica del Piceno ha tenuto un'adunanza ad Ancona il 27 maggio. Furono fatte comunicazioni da Salvolini, Capogrossi, Fratini, A. Fibrj, Del Vecchio, Atelle, Severini, Seli Mani, Papa; la maggior parte dettero origine a discussioni.

Il Consiglio della Società delle Nazioni ha, il 4 maggio, prorogato il mandato dell'attuale Comitato d'Igiene fino al 31 dicembre 1933.

All'Esposizione di Chicago la Sezione italiana è stata frequentata da una media di 50.000 persone al giorno. Le conferenze del prof. Bottazzi e di altri scienziati italiani hanno destato vivo interessamento. A un banchetto ufficiale il prof. Bottazzi trattò il tema: « Del progresso delle scienze biologiche nel secolo futuro ».

Per iniziativa dell'Associazione medica italiana di idroclimatologia, di talassoterapia e di terapia fisica, una cinquantina di medici e molti laureandi in medicina di Torino hanno visitato le RR. Terme di Valdinieri, dirette dal prof. Dogliotti.

L'on. N. Castellino ha tenuto a Napoli, dinanzi ai partecipanti al 15° corso internazionale per la espansione commerciale, una conferenza sul tema: « L'assistenza sociale in Italia ».

La Lega czeco-slovacca contro il reumatismo, costituita nel 1927 come Sezione della Lega internazionale, tiene da allora adunanze annuali; ha organizzato un corso di perfezionamento sul reumatismo, a Praga; ha pubblicato un trattato sul reu-

matismo; ha ora in corso la fondazione di un consultorio in un grande centro industriale.

All'Ospedale dei Pellegrini di Napoli sono stati inaugurati i reparti per l'assistenza alle madri, sorti per volontà del Regime; la cerimonia fu onorata dall'intervento dei Principi di Piemonte. Dopo la benedizione impartita dal Vicario Generale, venne scoperta una lapide commemorativa.

Il nuovo Ospedale « Regina Margherita » di Messina, la cui prima pietra fu collocata nell'aprile 1930 alla presenza del Sovrano, verrà inaugurato in agosto; risulta di 14 padiglioni ed occupa 14.000 mq.; potrà accogliere 240 malati; costerà 7 milioni e mezzo di lire.

Nell'Università di Brno (Brünn) si è fondato un Istituto ortopedico, che dispone di 125 letti ed è affidato al prof. B. Frejka; scopo principale dell'istituto sarà l'insegnamento; ma esso avrà anche scopi assistenziali, profilattici e scientifici. Istituti ortopedici esistevano già nelle altre due università czecoslovacche, di Praga e di Presburgo (Bratislavia).

Un Istituto nazionale di radioscopia è stato creato nel Belgio, con decreto reale; avrà sede nell'« Hôpital Brugman » di Bruxelles; avrà scopi scientifici e clinici; la « Union minière » del Catanga superiore metterà prossimamente a sua disposizione 15 grammi di radium.

Nell'Ospedale Obuskch di Leningrado si è aperta una nuova Facoltà medica, per iniziativa dei proff. Grecor e Gorkhov; è destinata agli « assistenti medici qualificati », che sono infermieri di grado superiore: divengono medici in due anni e mezzo. Gl'iscritti possono essere in numero di 150; vengono scelti tra i più idonei.

È stato inaugurato a Valenza un Istituto provinciale d'igiene, che comprende un dispensario antitubercolare, uno antivenereo ed una scuola di puericultura.

Da una relazione del dott. Carlo d'Anna risulta che nella provincia di Trento sono stati istituiti e funzionano regolarmente cinque refettori materni (frequentati giornalmente da una media di 150 donne e 80 bambini), varî dispensari per lattanti (anche nei piccoli paesi) e la colonia infantile « Regina Elena » di Miralago, presso Riva, che ospita 150 bambini deboli appartenenti a famiglie povere

L'Istituto Sieroterapico Nazionale comunica che — dopo un'interruzione di due mesi, determinata da fatali circostanze ben note — ha ottenuto, dalle autorità competenti, l'autorizzazione a riprendere intera la propria attività.

L'Istituto Sieroterapico Milanese comunica che nulla ha in comune con l'Istituto Sieroterapico Nazionale, e che per equivoco sono stati ritirati anche alcuni suoi prodotti, durante le operazioni per il sequestro dei prodotti e la chiusura di questo secondo Istituto.

Il sig. Antonino Gatto, di Messina, morto nel sanatorio di Arco, ha lasciato all'Ospedale Civico della sua città natale circa 3 milioni di lire.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 13 mag. — P.-L. VIOLLE. I regimi e il pH urinario.

Lancet, 13 mag. — H. CARLILL. Epilessia e sindromi similari.

Mediz. Welt, 13 mag. — C. FUNK. Patobiologia del bisogno. — K. F. HOFFMANN. Medicina interna e malattie paradentarie.

Münch. Med. Woch., 12 mag. L. NÜNRNBERER. Le scariche vaginali. — T. BRUGSCH. Gl'itteri.

Zeitschr. f. Tuberk., mag. — E. LASS. Sensibilità cutanea dei tubercolotici allo iodio e all'istamina.

Brit. Med. Journ., 13 mag. — G. PAGET LAPAGE. Encefalite, poliencefalite ed encefalite vaccinale nei bambini.

Arch. per lo Studio della Fisiopat. e Clin. del Ricambio, mar.-apr. — M. ZARDI. Ipertensione e diabete. — G. BARBATO FORLEO. Il glutatione.

Revue Neurol., apr. — L. BARRAQUER. Funzione di lobi frontali. — A. BAUDOUIN e H. SCHAEFFER. La prova dell'iperpnea.

Rev. de Cir. de Barcelona, gen. — L. GUBERA SALISACHS. Malattia gelatinosa del peritoneo.

Giorn. Med. dell'Alto Adige, apr. — A. CONTI. Azione ipoglicemizzante dell'ac. cloridr. — A. GUARINO. Formola leucocitaria e riserva alcalina. — P. TRAMONTI. Edemi sistematizzati a insorgenza brusca.

Medicina (Madrid), mag. — J. B. IRACTA e R. COULLANT MENDIGUTIA. Trattam. delle anemie.

Gazz. Intern. di Med. e Chir., 15 mag. — M. BARBIROLI. Adenomi sperimentali della cistifellea.

Rass. Clin.-Scient., 15 mag. — D. GIORDANO. Appendiciti larvale. — A. ILVENTO. La cute nella cura delle malattie tbc.

Ann. d'Ig., apr. — I. GORRIERI. Microflora propria del latte. — E. BERTARELLI e E. CASERIO. Aggiunta di nitriti alle carni insaccate. — A. FILIPPINI. Nuovo apparecchio per l'esame alla luce di Wood.

Riv. Ospedal., mar. — GALLI. Valutaz. della risposta del cuore ai medicamenti.

Med. Ibera, 13 mag. — E. BAEZA ALONSO. Rapporti tra sistema r.-e. ed immunità.

Nuova Med. Italica, 30 apr. — A. LAURI. La trasfus. di sangue nelle emottisi tbc.

Riforma Med., 13 mag. — E. CASTRONUOVO. Auto- ed etero-squamo-terapia nella psoriasi.

Bull. Ac. de Méd., 9 mag. — G. ETIENNE e G. RICHARD. L'eredità negli ipertesi.

Klin. Woch., 20 mag. — SKALWEIT. Basi fisiologiche nella costituzione della personalità. — BÜRGERS. Immunizzazione percutanea contro la difterite.

Presse Méd., 17 mag. — M. POLONOVSKI e H. WAREMBOURG. Insufficienza glicolitica. — H. WOHLERS e R. ANDÉOUD. Trattam. della febbre tifoide col neosalvarsan.

Mediz. Welt, 20 mag. — E. SCHRELPHALU e al. La terapia con onde ultra-corte. — H. HERXHEIMER. Il cuore e lo sport.

Morgagni, 30 apr. — G. LANZA. Azione ipotensiva degli estratti muscolari.

Pathologica, 15 mag. — R. TARANTOLA. Mixoglobulosi dell'appendice v. — V. GRIMALDI. Pariepatite cron.

Diagn. e Tecn. di Labor., 25 feb. — O. SCIARRA. Sierodiagn. della sifilide attiva.

Med. Klinik, 19 mag. — G. GELLING. La stitichezza abituale.

Gaz. d. Hôp., 20 mag. — Numero sull'anestesia.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., mag. — A. PI SUÑER e J. A. COLLARO. Glicopatie. — J. V. GROTT e al. Ricerche comparative sulla tolleranza per gli zuccheri.

Journal A. M. A., 6 mag. — R. C. COBURN. Mimetizzazione della polmonite post-operatoria. — F. H. LEE. Disordini nella mobilità dell'iride.

Riv. Ital. di Stomatol., mag. — L. CHIUMINATTO. Gengivopatie a tipo proliferante. — P. B. MAZZUOLI. Biotipi e dentatura.

Riv. It. di Terapia, 30 mar. — V. M. BUSCAINO. Profilassi e cura della paralisi pr. — U. SPERAPANI. Associazione atebrino-plasmochina nelle recidive malariche.

Cl. Med. It., mag. — M. CALABRESI, W. SCHWARTZ. L'acido lattico del sangue in condizioni normali e patologiche. — G. M. GASTOLDI. Iperglicemia adrenalinica. — A. ROBECCHI, S. BATTISTINI. Paratiroidi e metabolismo del calcio.

Wien. Klin. Woch., 26 mag. — JELLINEK. Azioni biologiche delle onde ultra-corte.

Rev. Franç. de Gyn. ecc., giu. — Numero sul dolore in ginecologia.

Journal A. M. A., 13 mag. — C. KERENITURI e al. Bacilli acido-resistenti nello stomaco e nelle feci di tubercolotici. — W. H. SCHULZE e al. Avvelenamento da piombo. — *ID.*, 20 mag. — J. RUBRÄT. Trattam. della poliomielite. — M. BARCON. Anemia pernic. e tbc.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Mese di Febbraio 1933

Malattie	30-1/5-2		6-12		13-19		20-26			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	212	1367	213	1708	214	1430	239	1792	—	—
Scarlattina	149	407	111	355	135	352	121	394	—	—
Varicella	101	299	133	449	103	206	118	452	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	154	228	151	256	128	206	131	207	—	-
Difterite e Croup	321	592	287	574	363	663	318	701	—	—
Meningite cerebro-spinale	7	7	9	11	10	16	12	13	—	—
Encefalite letargica	4	4	2	2	4	4	—	—	—	—
Poliomielite cutanea ac.	4	4	3	3	4	4	2	2	—	—
Dissenteria	4	4	—	—	1	1	5	5	—	—
Pustola maligna	14	14	23	28	11	12	3	3	—	—

Tifo petecch. Colera as. Peste bubb. — Nessuna denunzia

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 7 Agosto 1933 - XI Num. 32

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Generale della R. Università di Bari.
Prof. L. FERRANNINI, direttore.

Le radiazioni vitali nel sangue in rapporto all'età.

Dott. RICCIOTTI DEL ZOPPO, assistente volont.

Lo sviluppo di qualunque organismo è essenzialmente dovuto alla moltiplicazione delle cellule di cui esso è costituito. La proliferazione cellulare sembra poi stimolata e regolata da speciali radiazioni vitali dette anche radiazioni mitogenetiche o raggi di Gurwitsch.

Normalmente il sangue umano è più o meno ricco di simili radiazioni, la cui quantità varia in rapporto a determinate cause e speciali circostanze.

Infatti il potere radiante mentre è fortemente elevato nei giovani sani e robusti è di solito basso nei vecchi nei quali si riscontra un rallentato ricambio organico; però in questo caso non è facile stabilire se tale comportamento sia la causa o l'effetto del diminuito potere irradiante. Lo troviamo basso anche in alcuni stati patologici come per esempio nell'obesità, in cui l'attività cellulare dei tessuti è spiccatamente ridotta e poi in molte altre forme morbose che vanno dalla cachessia conseguente a tumori maligni (periodo inoltrato) alla tubercolosi avanzata, per la perdita da parte dell'organismo a qualsiasi forma di reazione.

Qualche autore ha trovato un alto potere radiante all'inizio dell'infezione tubercolare, ma in tal caso il fenomeno troverebbe una spiegazione nel tentativo da parte del corpo umano a reagire all'invasione del male, in quantochè esso viene gradatamente a diminuire a mano a mano che l'infezione vince ogni resistenza e determina quello stadio di astenia insensibile a qualsiasi reazione.

È povero di raggi il sangue di soggetti in preda a processi infettivi acuti, dipendente molto probabilmente dall'indebolimento orga-

nico, provocato sia dall'infezione che dalla prolungata carenza alimentare. Quest'ultimo fatto verrebbe avvalorato dalle ricerche di coloro che avrebbero trovato in animali affamati un sangue privo completamente di radiazioni.

I raggi di Gurwitsch si originerebbero poi dal tessuto circolante sanguigno, attraverso processi ossidativi delle sostanze proteiche (polipeptidi, aminoacidi) e processi fermentativi degl'idrati di carbonio. Il loro modo di prodursi giustificherebbe l'alto numero di essi nelle femmine gravide, ove i processi ossidativi e fermentativi sono esaltati a causa dello stato gravidico. All'infuori del sangue, tutti gli altri tessuti, giunti al termine del loro sviluppo non emettono più radiazioni. Fanno eccezione a ciò solamente il midollo osseo, le ghiandole linfatiche e la milza degli animali, e questo diverso comportamento sembra dovuto alla presenza in questi organi di « ossidasi » elementi indispensabili perchè le radiazioni si producano. Anche i tessuti neoplastici emanano costantemente una notevole quantità di raggi; qui però oltre alle ossidasi bisogna considerare un altro fattore, e cioè il notevole aumento del ricambio cellulare, come è stato chiaramente dimostrato da Marburg.

Alessandro Gurwitsch, nel 1922, mentre ricercava i fattori causali della moltiplicazione cellulare, ebbe occasione di notare per la prima volta il potere radiante della materia vivente. Per le prime esperienze, egli si servì di giovani radici di cipolla. Ricerche successive dimostrarono che i raggi di Gurwitsch venivano emanati da molte sostanze organiche come i lieviti, i germogli di girasole, i cotiledoni, le emulsioni batteriche, le uova fecondate degli anellidi e dei ricci di mare, il muscolo sartorio tetanizzato della rana, il torlo d'uovo del pollo, la saliva, l'urina, i tumori ecc.

Si stabilì appartenere questi raggi al campo degli ultravioletti, capaci di agire anche a distanza attraverso l'aria, l'acqua, lo schermo di Wood, una sottile lamina di quarzo e per riflessione: aventi una lunghezza d'onda che per Gurwitsch e Frank sarebbe dai 1930 ai 2370 Angströms mentre che per Reiter e Gabor la lunghezza d'onda si aggirerebbe intorno ai 3400 Angströms.

Infine Gola, Protti ed altri, con speciali accorgimenti di tecnica e dispositivi sono riusciti anche ad impressionare delle lastre fotografiche, con l'esposizione di sostanze emananti radiazioni, venendo così a confermare sempre più la reale esistenza di essi.

In seguito a tutte queste ricerche ed in considerazione dell'importanza che va sempre più acquistando l'argomento, ho creduto interessante studiare il comportamento dei raggi mitogenetici nel sangue in rapporto all'età ed al sesso.

A tale scopo mi son servito di individui sani robusti e appartenenti alla seconda combinazione del De Giovanni.

Ho considerato altresì tali esperienze come l'inizio e la base di nuovi studi che ho in animo di condurre e perciò ho incominciato gli esperimenti su persone normali per rendermi edotto maggiormente dell'argomento ed essere agevolato nello studio di alcuni stati morbosi.

*
* *

Per la determinazione del potere radiante ho usato « l'Emoradimetro » di Protti il quale nelle sue parti essenziali è costituito da un piatto di ebanite contenente al centro un piccolo dado di nikel saldato ad un dischetto dello stesso metallo e che gli serve da base. Su di una faccia laterale del dado, si trovano otto fori, disposti in senso circolare, ad ugual distanza l'uno dall'altro, e continuantisi entro il cubo fino a raggiungere la parete opposta. In questo modo il dado è attraversato da otto cunicoli, a disposizione circolare, ed entro ai quali s'infiltrano otto sottilissime minuge di vetro che vengono così a formare una piccola raggera a raggi paralleli, sporgenti dalle due opposte facce di centimetri due e mezzo per lato. Ad un'estremità delle minuge s'incastona una goccia di sangue precedentemente emolizzata, mentre all'altra estremità si colloca una goccia di acqua distillata. A 5 mm. di distanza dalle due gocce si depone una cultura di saccaromiceti sviluppatasi su agar maltosato. La cultura su agar viene prima dell'uso trattata nella seguente maniera:

Da un ceppo puro, se ne preleva un'ansata e la si stempera entro ad una provetta contenente una soluzione sterile di glucosio al 25 %. Dopo qualche giorno di permanenza in termostato a 25° la colonia si è riccamente sviluppata come lo dimostra l'intorbidamento del liquido ed il deposito in fondo alla provetta. Si versa allora qualche goccia della sospensione sulla superficie libera di un blocco di agar maltosato (maltosio al 2 %) e contenuto in una capsula di Petri e modificata dal Protti. Dopo 15-20 ore di soggiorno in termostato a 25°, si è formata una sottile pellicola sulla superficie dell'agar (indice dell'avvenuta proliferazione dei blastomiceti) ed è quindi pronta per l'uso. Si estrae allora il blocco

dalla capsula, lo si taglia in due con una lametta di rasoio e le due metà vengono collocate rispettivamente avanti alle gocce con le superfici di cultura rivolte verso di queste.

Dopo aver tenuto esposte le culture, così allestite, per un quarto d'ora all'azione del sangue e dell'acqua distillata, si allontana il dado contenente le gocce dall'apparecchio, si copre il piatto con una campana di vetro, tenendolo poi per un'ora e tre quarti in termostato a 25°.

Trascorso il termine, senza porre alcuno indugio, dal blocco di agar si preleva con un'ansa la parte di patina esposta all'azione radiante, la si stempera in uno o due cmc. di acqua distillata e una goccia di questa si pone al microscopio osservandola con obiettivo a secco a forte ingrandimento.

Contemporaneamente lo stesso procedimento viene usato per la cultura esposta alla goccia di acqua distillata e che serve per controllo.

Si procede quindi alla conta dei saccaromiceti avendo cura, come dice il Protti, di numerare non meno di 1500-2000 elementi prima di stabilire la percentuale delle gemme appena nate su quelle mature.

Il sistema per valutare l'intensità del potere radiante del sangue di fronte ad una cultura di blastomiceti è quello di contare allo scadere dell'ora e tre quarti un certo numero di cellule, calcolando la percentuale delle gemme appena nate e facendo poi la differenza con la percentuale delle gemme trovate sul materiale di controllo. La differenza trovata indica l'intensità del potere radiante del sangue in esame.

CASI STUDIATI.

N. T. (uomo), di anni 14: potere radiante del sangue: + 23.

S. D. (uomo), di anni 20: potere radiante del sangue: + 60.

T. G. (uomo), di anni 21: potere radiante del sangue: + 47.

L. G. (donna), di anni 20: potere radiante del sangue: + 41.

G. B. (donna), di anni 24: potere radiante del sangue: + 30.

C. C. (uomo), di anni 26: potere radiante del sangue: + 46.

M. T. (uomo), di anni 29: potere radiante del sangue: + 50.

R. D. (uomo), di anni 32: potere radiante del sangue: + 39.

L. F. (donna), di anni 33: potere radiante del sangue: + 35.

A. A. (uomo), di anni 40: potere radiante del sangue: + 40.

G. P. (uomo), di anni 39: potere radiante del sangue: + 35.

V. M. (uomo), di anni 47: potere radiante del saigue: + 31.

C. P. M. (donna), di anni 51: potere radiante del sangue: + 19.

C. V. (uomo), di anni 58: potere radiante del sangue: + 24.

F. M. (donna), di anni 60: potere radiante del sangue: + 8.

L. D. (uomo), di anni 65: potere radiante del sangue: + 17.

D. D. (donna), di anni 70: potere radiante del sangue: + 13.

N. M. (uomo), di anni 71: potere radiante del sangue: + 20.

P. P. (uomo), di anni 78: potere radiante del sangue: nullo.

G. D. (uomo), di anni 80: potere radiante del sangue: + 6.

Le cifre riportate, rappresentano la media di due, tre valutazioni praticate ad ogni individuo sempre al mattino e a digiuno dalla sera precedente.

Ho preferito fare le determinazioni sempre nelle stesse ore, per non incorrere nelle oscillazioni che si verificano nei diversi periodi della giornata.

I risultati da me ottenuti coincidono in alcuni casi con quelli trovati dal Protti, però mentre quest'autore ha notato che il potere radiante è più alto dai 20 ai 40 anni, io ho rilevato le cifre più alte solo dai 20 ai 30.

***

Da vario tempo il Protti, pratica con brillanti risultati nella senilità e nella vecchiaia precoce, la cura del ringiovanimento, mediante l'emoinnesto intramuscolare.

Il metodo tenderebbe a sostituire il trapianto ghiandolare che rappresenta una terapia unilaterale, di non facile applicazione ed i cui risultati effimeri non sempre sono privi d'inconvenienti. Egli invece, con tre o quattro iniezioni intramuscolari di 10 cmc. di sangue puro ed accuratamente scelto, avrebbe semplificato notevolmente il sistema di cura, rendendolo alla portata di qualunque medico, esente da pericoli e di ottima efficacia. Per il buon risultato del successo occorre però molta accuratezza nella scelta del donatore di sangue poichè si è constatato che quanto più esso possiede un alto potere radiante per tanto maggiori e soddisfacenti sono gli effetti conseguiti.

Le sue esperienze però hanno bisogno di maggiori conferme. Un vasto campo di applicazione per l'emoinnesto offrirebbero le malattie delle ghiandole a secrezione interna, in cui i preparati ormonici, sia per il modo come vengono allestiti e sia per lo scarso valore che hanno sulla reintegrazione della ghiandola al-

terata, si sono rivelati insufficienti o addirittura inutili.

Pochi esperimenti si sono fatti in proposito sinora; ciononostante si è visto che persone affette da polisarcia, sottoponendosi all'emoinnesto e prendendo una sola compressa di estratto tiroideo sono riuscite a diminuire di 15-20 chili di peso mentre che con la sola cura opoterapica non avevano ottenuto che disturbi a carico del cuore e del sistema nervoso.

Anche in alcuni casi di diabete pancreatico, refrattari al trattamento insulinico, si sarebbero avuti ottimi effetti.

Un largo orizzonte sembra aprirsi poi per i cancerosi:

L'osservazione che soggetti in preda a questo male sono costantemente privi di radiazioni nel sangue, lascia supporre che, venendo a mancare l'azione regolatrice dei raggi sul metabolismo organico, si possa determinare in qualche gruppo di cellule, predisposte alla proliferazione maligna, quella moltiplicazione atipica che dà poi origine al tessuto neoplastico. Ma oltre a questa semplice ipotesi vi è un altro fatto che non può non essere preso in considerazione, ed è il riscontrare in donne gravide (dotate di un sangue ad altissimo potere radiante) e precedentemente affette da tumore, l'arresto dello sviluppo del neoplasma durante il periodo della gestazione.

Queste due diverse osservazioni suggerirebbero il tentativo della cura dell'emoinnesto nei casi di tumori inoperabili.

CONCLUSIONI.

Dalle ricerche da me eseguite e dalle brevi considerazioni fatte, credo che si possa concludere che i raggi mitogenetici, rappresentano senza dubbio un elemento per stabilire con una certa esattezza, i poteri vitali dell'organismo, e ciò perchè li troviamo maggiormente contenuti nel sangue di giovani sani e robusti, e nel periodo dai 20 ai 30 anni, epoca in cui l'organismo ha raggiunto il massimo sviluppo e può espletare la massima attività.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato il comportamento delle radiazioni vitali nel sangue di venti soggetti normali in rapporto all'età, ed ha riscontrato il massimo potere radiante fra i 20 ed i 30 anni.

BIBLIOGRAFIA.

HABERLANDT G. *Ueber mitog. Strahlung.* Biol. Zentralbl., 49, 1929.

GURWITSCH A. *Die mitog. Str. aus d. Blattern v. Sedum. Eine Erwider. an C. Haberlandt.* Ibid., 49, 1929.

GUTTENBERG. *Zur Theorie d. mitog. Strahlen.* Ibid., 48, 1928.

BRUNETTI e MAXIA. *Sulla fotografia e la eccitazione delle radiazioni del Gurwitsch.* Atti Soc. Cultori. Sc. M. e Nat., Cagliari, n. 2, 1930.

BONOMO S. *Ricerche sulle radiazioni mitogenetiche del sangue nelle malattie infettive acute.* Estr. Boll. Acc. Pugliese di Scienze, gennaio 933.

CASAGRANDI O. *Le acque minerali vive e i loro principi vitali.* Rivista It. Idrol. e Pat. Ricambio, 1920.

CLERICI A. *Le radiazioni mitogenetiche.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, n. 1, 1930.

MAXIA C. *Intensificazione della segmentazione di uova di « Paracentrotus lividus » sotto l'influenza di radiazioni mitogenetiche.* R. Comitato talassografico italiano. Memoria C. L. V., Venezia, 1929.

ID. *Gli anelli di Liesegang adoperati come detettori negli studi delle radiazioni mitogenetiche.* Atti Soc. Cult. Sc. Med. Nat., Cagliari, 1930.

PETRI L. *Sopra le radiazioni mitogenetiche del Gurwitsch.* Rend. R. Acc. Lincei, cl. Sc. fis. mat. e nat., S. 6, vol. VII, 891, 1928.

PROTTI G. *L'emoinnesto intramuscolare e le radiazioni vitali nella vecchiaia e nell'esaurimento.* Ediz. Hoepli.

ZIRPOLO. Riv. fis. mat. e Sc. Nat., 1929.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ospedale del Littorio in Roma - Padiglione Morgagni.
Chir. primario: Prof. C. ANTONUCCI.

L'importanza del metodo Antonucci per la diagnosi di colecistite cronica.

Dott. GIOVANNI BARBERA,
aiuto chirurgo degli Ospedali di Roma.

Col nome di Colecistografia rapida Antonucci ha proposto un nuovo metodo di Colecistografia basato sul principio di associare all'iniezione endovenosa di tetraiodo-fenolftaleina una certa quantità di glucosio. Egli ha ottenuto colecistografie di vescicole sane dopo 1-2-3 ore dalla iniezione. In una serie di articoli apparsi sul « Policlinico », Sez. Pratica, 1931, sulla « Rivista Italiana di Radiologia », 1932, sulla « Presse Médicale », 1932, ha dimostrato la bontà del metodo, precisata la tecnica e l'applicazione nella pratica corrente. In un individuo che era stato operato di cisti di echinococco suppurata del fegato e che presentava una fistola dei dotti biliari intraepatici, praticai comparativamente la prova di Graham e quella di Antonucci raccogliendo frazionatamente la bile erogata dalla fistola. Col metodo di Graham ottenni in 12 ore 99 cc. di bile con una media di cc. 8 all'ora. Col metodo Antonucci ottenni in 3 ore 47 cc. di bile con una media di 15,6 cc. all'ora. L'immagine colecistografica si ebbe col metodo di Graham in 12ª ora, col metodo Antonucci in 3ª ora. L'opacità radiologica dei campioni di bile non diede differenze apprezzabili nel me-

todo di Graham, nel metodo Antonucci il massimo di opacità fu presentata dai campioni della 4ª e 5ª mezz'ora. Conclusi che mentre col metodo di Graham la tetraiodo viene eliminata in maniera continua, quasi costante e solo il potere di concentrazione può rendere visibile la colecisti, col metodo Antonucci invece si ha un brusco e precoce arrivo nella cistifellea di bile carica di iodio e perciò il potere di concentrazione è in questo metodo meno importante. È chiaro che la capacità della parete della cistifellea a distendersi sotto un brusco afflusso di bile carica di iodio dipenderà in primo luogo dallo stato normale o no della parete stessa: la prova Antonucci perciò, che si fonda principalmente sulla distensibilità della parete vescicolare e non sul potere di concentrazione della mucosa, è oltre che rapida anche molto sensibile. Fino alla prova Antonucci si può dire che la diagnosi radiologica di colecistite cronica non fosse basata su dati precisi e facilmente rilevabili. I segni indiretti radiologici sono di interpretazione molto delicata e soggetti a errori d'apprezzamento individuale. Con la prova di Graham vescicole cronicamente infiammate possono produrre una buona immagine colecistografica. Graham stesso dice: « da una parte una vescicola diagnosticata come avente una funzione normale mediante la colecistografia può mostrare all'operazione alcune vecchie adesioni rappresentanti processi guariti e d'altra parte una vescicola può apparire normale all'operazione pur essendovi una completa mancanza della funzione concentrante ».

Cosicchè per arrivare alla diagnosi di colecistite cronica con la prova di Graham bisogna basarsi su sfumature dell'immagine colecistografica p. es. ombra di opacità più tenue del solito, parete non distensibile, ritardo nella formazione dell'immagine, ritardo e lentezza dello svuotamento. Naturalmente in tal modo solo con una grandissima pratica di colecistografie si possono dare giudizi che si approssimano alla verità e non sempre è evitabile l'errore.

Con la prova Antonucci le vescicole affette da infiammazione cronica non danno assolutamente alcuna immagine colecistografica nelle prime quattro ore dell'esame mentre nello stesso periodo di tempo, a partire dalla prima ora e spesso dalla prima mezz'ora vescicole sane si dimostrano ben riempite e fortemente distese. Questo criterio può essere affermato in base a 300 colecistografie eseguite nel Reparto Chirurgico Morgagni dell'Ospedale del Littorio negli anni 1931-1932. Le colecisti asportate in base ai risultati della prova Antonucci si sono dimostrate all'esame macroscopico e istologico costantemente malate. In generale si è trattato di colecisti a fragola o di colecistiti croniche non litiasiche secondarie specialmente a tifo e ad appendicite.

Spessissimo la prova ha dimostrato ammalate colecisti che, pur presentando una mucosa normale, mostravano segni grossolani di pericolecistite per la quale appunto la parete della vescicola non si lasciava distendere.

Nei casi clinici che riporto, si tratta di P. che presentavano segni clinici evidenti, e anche di una certa gravità, di colecistite cronica non litiasica. Eseguita la colecistografia col metodo Graham sempre iniettando la tetraiodo per via endovenosa, si ebbe buon riempimento della vescicola in 8ª e 12ª ora. È vero che qualche volta l'ombra era un po' tenue, ma i risultati colecistografici portavano ad ammettere che la vescicola era sana, ed erano in contrasto con le sofferenze lamentate dai P.

Eseguita negli stessi P. la colecistografia col metodo Antonucci non si ebbe alcun riempimento della vescicola. All'atto operativo si notarono speciamente intense lesioni di pericolecistite che spiegarono come la parete della colecisti non si fosse potuta distendere sotto il brusco afflusso di bile e avesse dato immagine negativa nel metodo Antonucci, mentre la relativa integrità della mucosa controllata con l'esame istologico, dimostrava come, essendo mantenuto il potere della concentrazione, si fosse ottenuta una buona immagine radiologica col metodo di Graham.

OSSERVAZIONE I. — M. Marcella, a. 17. Dal 6 novembre 1931 dolore continuo nella fossa iliaca d., spesso vomito, modica febbre, stitichezza. Dolenti i punti appendicolari. All'es. radiologico, appendice non visibile, regione cieco-appendicolare molto dolente. La colecistografia col metodo Antonucci dimostra buon riempimento dell'organo fin dalla prima ora.

Operazione: 16-XII-31 (dott. Barbera). Eteronarcosi. Mac-Burney. Appendice grossa come il dito mignolo, a pareti spesse, molto iperemica. Appendicectomia. Sutura a piani. Esce guarita dopo 10 giorni.

Ritorna il 17-VII-1932 lamentandosi di dolori all'ipocondrio destro irradiati alla spalla destra. Stitichezza. Disturbi digestivi. Dolentissimo il punto cistico. Indagine radiologica col metodo Antonucci. Nessun riempimento della colecisti nelle 4 ore successive all'iniezione. Si prescrive cura medica ed esce il 24-VII-32 con raccomandazione di farsi rivedere se i disturbi non cessassero. Ritorna il 9-XI-32 lamentandosi di peso all'epigastrio continuo, più forte dopo i pasti, eruttazioni, acidità; nell'agosto aveva avuto improvvisi e forti dolori all'epigastrio e ipocondrii a tipo di colica, con vomito bilioso, modica elevazione della temperatura; nel settembre tale sintomatologia si era ripetuta più grave. Il 10-XI-32 esame colecistogra-

fico col metodo Antonucci. Nessun riempimento della cistifellea. Il 22-XI ripetuta l'indagine col metodo di Graham. Buon riempimento della cistifellea in 12ª ora (vedi radiogrammi 1 e 2).



Radiogramma N. 1. — Osserv. I. Metodo Antonucci. Nessun riempimento alla 3ª ora.



Radiogramma N. 2. — Osserv. I. Metodo Graham. Buon riempimento alla 12ª ora.

Operazione il 27-XI-32 (dott. Barbèra). Eteronarcosi. Laparatomia transrettale d. La colecisti è completamente aderente all'angolo epatico del colon per membrane infiammatorie impiantate sulla faccia inferiore. Solo il fondo della vescicola è libero. Le aderenze si estendono anche sul cistico. Distaccate le aderenze e liberato l'organo la parete rimane spoglia di peritoneo, è opacata e un po' spessa; il collo è ectasico, una ghiandola ingorgata sul cistico.

Colecistectomia in via retrograda alla Mayo. La mucosa è alquanto pallida, un po' ispessita. All'esame istologico nulla di notevole a carico della mucosa e sottomucosa. Sierosa ispessita, fibrosa. La P. uscì guarita in 15ª giornata. Rivista in seguito dopo un mese e mezzo dice di non avere più dolori, ma solo stitichezza.

In questo caso si trattava di una notevole pericolecistite che si era sviluppata certamente in seguito all'appendicite. Infatti la colecistografia eseguita nel novembre 1932 aveva dimostrata una vescicola normale e solo in seguito la P. aveva cominciato a soffrire di dolori sottoepatici. L'integrità della mucosa spiega il buon riempimento col metodo di Graham, l'intensa pericolecistite impedì, nella prova Antonucci, che la parete si distendesse sotto il brusco afflusso del composto opacizzante e l'immagine colecistografica mancò.

Osservazione II. — M. Giuseppina, di a. 28. A 10 anni malaria, a 24 anni reumatismo poliarticolare acuto. Dall'età di 7 anni soffre di dolori lancinanti all'epigastrio con irradiazioni a tutto l'addome, accompagnati da acidità ed eruttazioni, non in rapporto con i pasti. Spesso vomito, di liquido biliare. Dolente il punto cistico, i punti epigastrici e la zona coledoco-pancreatica.

Esame colecistografico col metodo Antonucci eseguito 2 volte, il 2 ed il 26 novembre 1932, non dimostra alcuna immagine colecistografica. Col metodo di Graham eseguito il 9 dicembre, discreto riempimento alla 14ª ora che diviene evidente alla 16ª ora (vedi radiogrammi 3 e 4).

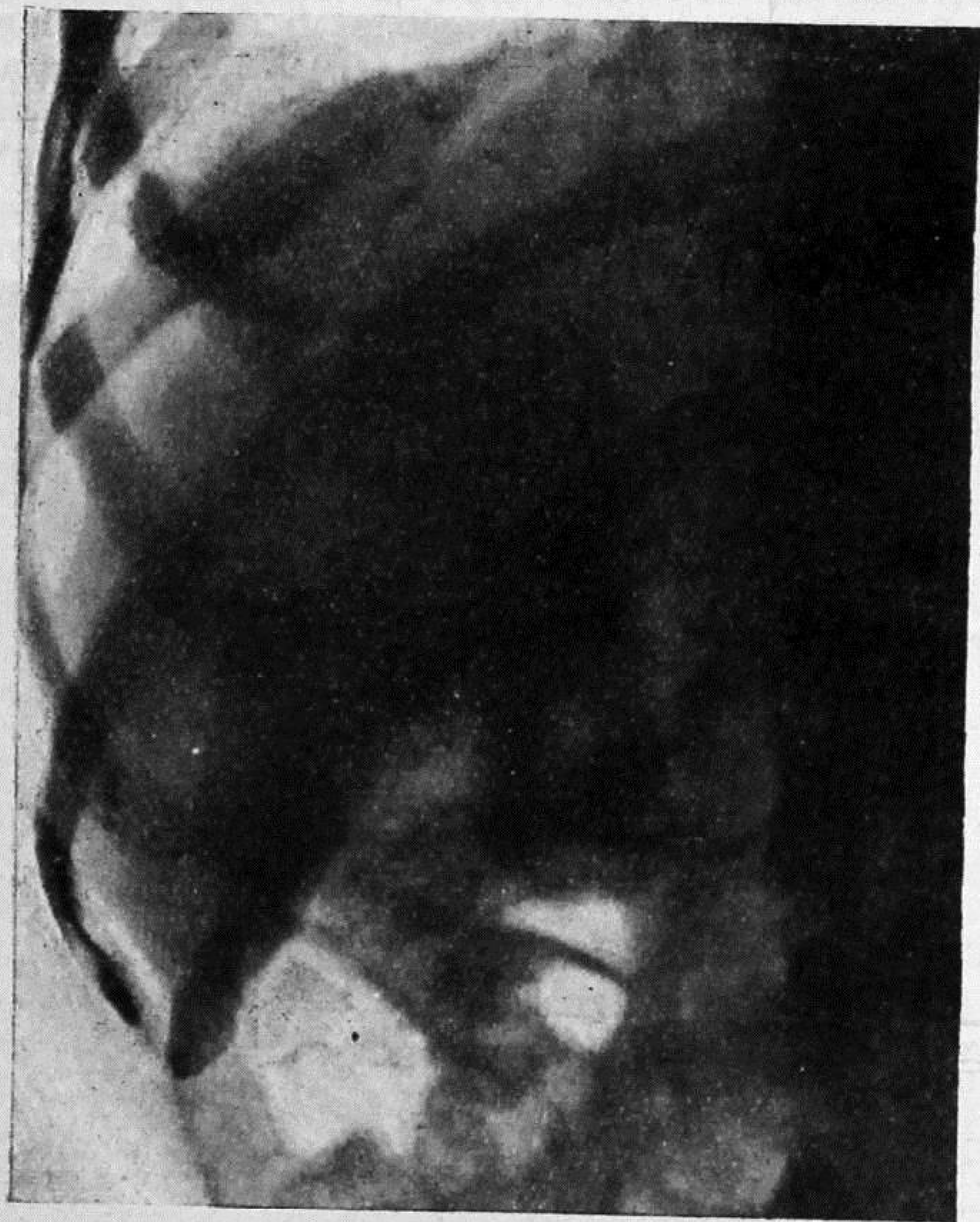


Radiogramma N. 3. — Osserv. II. Metodo Antonucci. Nessun riempimento della colecisti in 3ª ora.

Operazione (dott. Rizzo): 12-XII-32. R. anest.

tutoc. Transrettale d. Totale aderenza della colecisti al colon. L'aderenza è abbastanza tenace, ma è possibile trovare un piano di separazione. Liberazione anche del cistico. Le pareti della vescicola sono un po' ispessite; due linfoghiandole sul cistico. Colecistectomia alla Mayo. Guarigione in 15 giorni. All'esame macroscopico la vescicola presenta la sierosa molto opacata e ispessita nella zona dell'aderenza, mucosa biancastra un po' ispessita, bile densa da stasi.

All'esame istologico la mucosa appare ispessita, in alcuni punti si vede infiltrazione leucocitaria



Radiogramma N. 4. — Osserv. II. Metodo Graham. Buon riempimento della colecisti in 16ª ora.

discreta, muscolare ben sviluppata, grasso sottosieroso, sierosa molto ispessita in alcuni punti con aspetto fibroso.

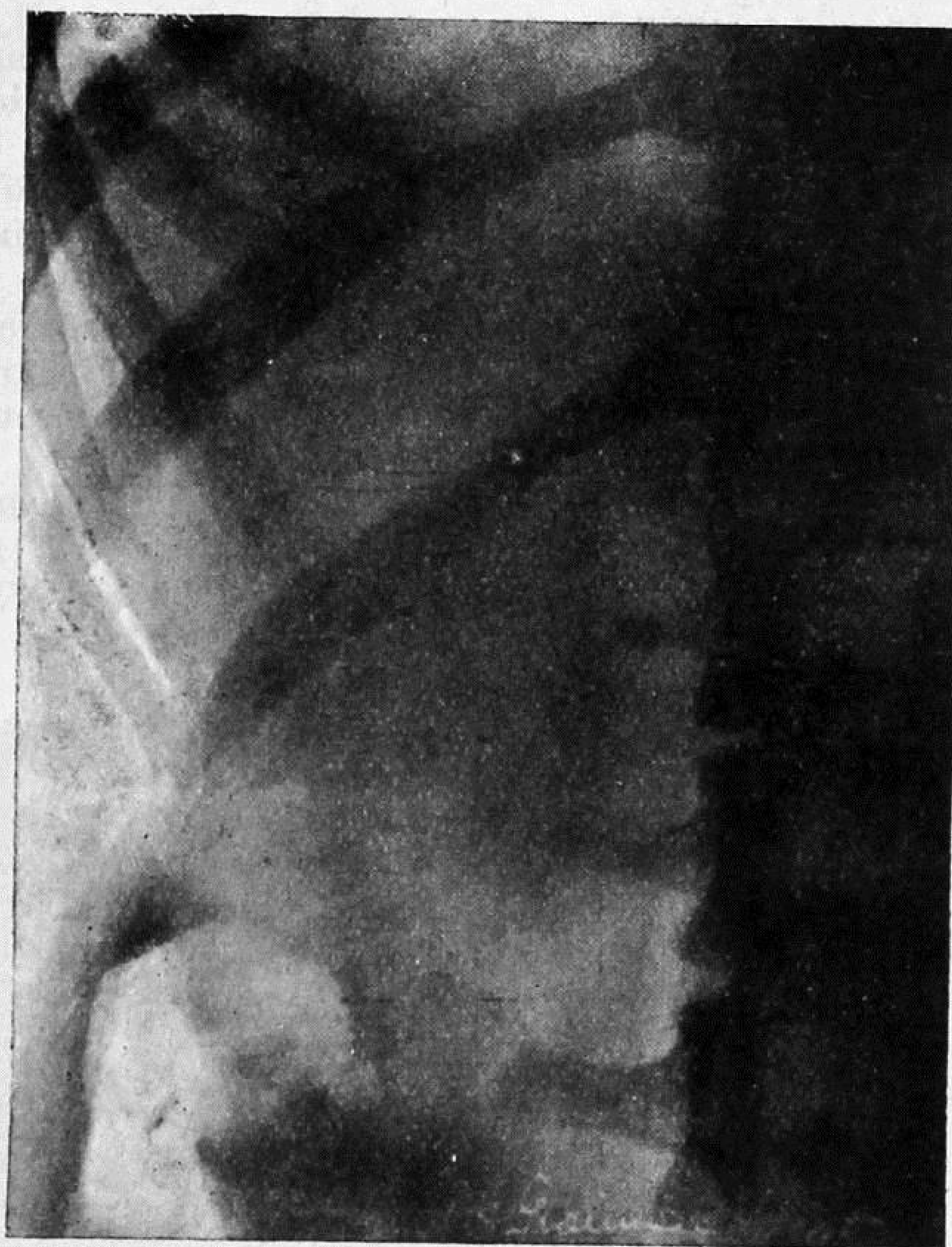
Osservazione III. — G. Alberto, a. 24. A 8 anni pleurite secca. Da un anno e mezzo senso di peso e bruciore un'ora dopo i pasti. Da 2 mesi dolori più intensi. Es. radiologico dell'apparato digerente il 15 nov. 1932. Stomaco a piccolo riempimento dimostra pliche grossolane; a riempimento completo si dimostra ectasico con zona di ipersecrezione in alto. Microbulbo, modica dilatazione del recesso interno con piloro eccentrico e contratto spasticamente. Vuotamento ritardato con residui antrali abbondanti.

Colecistografia metodo Antonucci, 22-XI-32. Mancato riempimento della colecisti nelle 4 ore successive all'iniezione. Colecistografia metodo di Graham, 29-XI-32. Buon riempimento della colecisti (vedi radiogrammi 5 e 6).

Operazione (prof. Antonucci): 16-I-33. R. An. tutoc. Laparat. mediana xifo-ombellicale. Aderenze infiammatorie tenaci sul collo della cistifellea e sul cistico; e da qui estese al duodeno ove si riscontra intensa periduodenite. Pareti della vescicola ispessite, qua e là biancastre.

Colecistectomia. Pilorectomia. Billroth II. Tubo e zaffo. Sutura a piani. Guarigione.

Aperto lo stomaco non si trovano lesioni ulce-



Radiogramma N. 5. — Osserv. III. Metodo Antonucci. Mancato riempimento in 4ª ora.



Radiogramma N. 6. — Osserv. III. Metodo Graham. Buon riempimento in 12ª ora.

rative sulla mucosa del piloro e del duodeno. La periduodenite è molto intensa, la sierosa ispessita e addensata a strie longitudinali. La mucosa del-

la vescicola è ispessita, in alcuni punti con aspetto quasi papillomatoso, colorito bianco grigiastro. Bile densa, da stasi.

Es. istologico: Infiltrazione leucocitaria della parete, ispessimento della sierosa.

In questo caso la pericolecistite e la periduodenite erano imputabili alla colecistite cronica.

OSSERVAZIONE IV. — C. Angelo, a. 43, calzolaio. Da 2-3 anni continui dolori all'epigastrio, qualche volta attenuati dall'ingestione del cibo, di solito protraentisi per tutta la sera e parte della notte. Eruttazioni acide e bruciore epigastrico.

Individuo molto grasso, pallido, dolore sui punti epigastrici e sul punto cistico.

Esami radiologici: Tubo digerente: stomaco modicamente ectasico, iperperistaltico, duodeno deformato con recesso inferiore dilatato, spasmo medio bulbare. Recesso superiore contratto. In alcuni radiogrammi ombra a nicchia della parete posteriore.

Colecistografia metodo Graham: colorazione tenue in 12ª ora.

Colecistografia metodo Antonucci: colorazione mancata.

Operazione (prof. Antonucci): 23-I-33. R. Antutoc. adr. Laparat. mediana x. o. Stomaco di grandezza normale. Vasi sanguigni dell'antro pilorico iniettati, il resto dello st. dimostra vasi normali. Ulcera della 1ª porzione del doudeno al confine con la 2ª porzione. Intensa periduodenite estesa verso il collo della vescicola e verso il cistico. In questa zona il peritoneo è molto ispessito, opacato e ricco di vasi. Si ritiene che l'infiammazione del peritoneo e l'ispessimento della sierosa intorno al cistico siano secondarie all'ulcera duodenale. Le pareti della colecisti sono apparentemente normali, morbide e di colorito uniformemente bluastro. Ciò non ostante sulla scorta dei dati colecistografici del metodo Antonucci si decide di procedere alla colecistectomia.

Colecistectomia alla Mayo. Gastroenterostomia posteriore transmesocolica. Tubo e zaffo. Sut. a piani. Aperta la colecisti si dimostra il tipico aspetto della vescicola fragola.

L'esame istologico conferma. Guarigione.

È notevole in questo caso che la vescicola dall'esterno era assolutamente di aspetto normale e nulla faceva sospettare la colesterosi intensa della mucosa.

Tale vescicola sarebbe stata conservata in base alla colecistografia col metodo di Graham, tanto più che la periduodenite e la pericolecistite erano spiegate dalla presenza dell'ulcera duodenale. Solo in base al mancato riempimento con la prova Antonucci fu decisa l'asportazione della vescicola.



RADIOGRAMMA N. 7. — Osserv. V. Metodo Antonucci. Tenuissimo riempimento in 4ª ora.



RADIOGRAMMA N. 8. — Osserv. V. Metodo Graham. Buon riempimento in 12ª ora

OSSERVAZIONE V. — T. Gemma, a. 40, due gravidanze. Un anno fa vivi dolori al fianco destro con febbre e vomito verdastro amaro. Due mesi dopo nuovo dolore a tipo di colica. Dopo i pasti avverte senso di peso all'epigastrio, eruttazioni e talvolta vomito di materiale verdastro. Dolente la pressione sui punti cistico e appendicolare. Durante la degenza in ospedale colica epatica durata per tutta una notte.

Es. radiologico dell'apparato urinario e digerente negativo. Colecistografia metodo Antonucci il 16-XII-32. Tenuissimo riempimento della vescicola nelle prime 4 ore seguenti all'iniezione. Colecistografia col metodo di Graham il 30-XII-32. Buon riempimento della vescicola che però si vuota tardivamente con la prova di Bronner (radiogrammi 7 e 8). Si ripete la colecistografia col metodo Antonucci il 21-I-33. Nelle prime 4 ore di esame nessuna immagine della colecisti. Poichè alla 6ª ora

un radiogramma dimostra ben evidente la presenza di tetraiodo nell'intestino, si eseguono successivi radiogrammi in 8ª-10ª-12ª ora. Questi dimostrano buon riempimento della colecisti come nel metodo di Graham. Questo riempimento tardivo nel metodo Antonucci è importante; in questo caso la prova conserva il suo valore poichè il riempimento precoce è mancato e cioè la parete non si è lasciata distendere dal brusco afflusso di bile carica di iodio. Questo si è riversato nell'intestino in tal copia da essere svelato radiologicamente. È stato evidentemente riassorbito dall'intestino e riportato al fegato che, nel tempo successivo l'ha segregato con la bile e dopo la concentrazione avvenuta nella cistifellea è apparsa l'immagine colecistografica. In altri termini si è avuto un comportamento simile a quello che si ha con la prova di Graham per via orale.

Operazione (dott. Barbèra): 27-I-33. Et. narcosi. Laparotomia transrettale D. ampia. Cistifellea di grandezza normale. Sierosa non opacata, colorito bluastro. Molto grasso intorno al cistico. Nulla a carico del coledoco. Colecistectomia retrograda alla Mayo.

Tubo e zaffo sottoepatico.

Appendice a pareti spesse, gomitata da aderenze fibrose.

Appendicectomia. Aperta la colecisti si trova la mucosa spessa con aspetto papillomatoso.

Reperto istologico conferma la diagnosi di colecistite cronica. Guarigione.

OSSERVAZIONE VI. — C. Angela, a. 24, maritata; tre gravidanze. Parametrite dopo la 2ª gravidanza, pielite durante la 3ª. Nel mese di ottobre 1932 qualche mese dopo il parto, cominciò ad avvertire senso di peso all'epigastrio, dopo i pasti, spesso accompagnato da vomito ed eruttazioni acide. Dopo venti giorni dolore all'ipocondrio D. continuo, febbre subcontinua, piuttosto elevata, vomiti biliari, subittero delle sclere, urine scure. Le febbri durarono 40 giorni. Attualmente persiste dolore all'ipocondrio D. irradiato alla spalla D.

Dolore sui punti cistico ed epigastrico. Segni di Murphy ed Abrahams presenti.

Indagine rad. diretta del fegato e reni, nulla di notevole il 6-II-33.

Indagine radiologica dello stomaco e intestino dà: stomaco modicamente ectasico, a sifone. Nulla a carico del piloro e duodeno. Grosso cieco dolente irregolarmente ripieno. Appendice non visibile nemmeno dopo 24 ore. Dolicocolon.

Indagine colecistografica col metodo di Graham (tetraiodo per os). Colecisti piccola, ma ben colorata, si contrae bene con la prova di Bronner: 13-II-33.

Viene inviata in chirurgia con diagnosi di appendicite in base all'esame radiologico.

Si ripete la colecistografia col metodo Antonucci il 24-III-33. Nessuna colorazione.

Si decide di esplorare insieme appendice e colecisti.

Operazione (prof. Antonucci): 29-III-33. Et. N. regolare. Transrettale D. Appendice normale. Cieco e colon molto mobili. Non membrane peritiflitiche e pericolitiche. Si asporta l'appendice.

Colecisti di forma e grandezza normale, colorito bluastro, nessun opacamento o ispessimento della parete. Esiste un piccolo legamento colecisto-duodenale, normale. Solo sul dato del non riempimento della cistifellea col metodo Antonucci e della sintomatologia clinica, in contrasto col buon riempimento ottenuto col metodo di Graham, si decide di asportare la colecisti.

Colecistectomia. Tubo e zaffo. Sut. a piani.

Aperta la vescicola si trova intensa colesterosi



della parete che sembra come intonacata a reticolo. Due piccoli calcoli, di colesterina, liberi (v. fotografia).

CONCLUSIONI.

Il metodo di Graham, nel quale la tetraiodo viene eliminata lentamente e costantemente, ha bisogno per dare un'immagine colecistografica, che la mucosa della vescicola conservi, anche solo in parte, il potere della concentrazione. Nel lungo periodo di 8-12-18 ore che intercedono fra l'assunzione della tetraiodo e la formazione dell'immagine, anche una vescicola a pareti relativamente molto malate può riuscire per tanto a concentrare il iodio e a dare un'immagine colecistografica. Sempre si avrà un buon riempimento nei casi in cui si tratti di pericolecistite secondaria ad appendicite, ad ulcera duodenale, ecc., perchè in tal caso il potere di concentrazione della mucosa è integro; in tal caso la diagnosi non potrà fondarsi che su segni indiretti di non sicura interpretazione.

Nel metodo Antonucci fin dalla prima mezz'ora, arriva alla cistifellea una grandissima quantità di bile carica di iodio; se la parete è

del tutto sana, morbida, ben distensibile si avrà una precoce immagine colecistografica; se essa invece è infiltrata di colesterolo (colecisti a fragola) o è ispessita (colecistite cronica) o tenuta aderente ad altri organi da briglie infiammatorie (pericolecistite) l'organo non si lascerà riempire e distendere e l'immagine mancherà. Il prodotto opacizzante si verserà allora nell'intestino ove potrà essere radiologicamente visibile, potrà essere assorbito dall'intestino e riportato al fegato e di nuovo assunto dalla cistifellea che concentrandolo potrà dare una tardiva immagine colecistografica priva però di valore (osservazione 5ª).

La prova Antonucci è perciò più sensibile e più utile in pratica della prova di Graham perchè richiede un organo intatto in tutte le sue formazioni, mucosa, muscolare e sierosa. Il mancato riempimento della cistifellea col metodo Antonucci giustifica un intervento operativo sempre che naturalmente coincida con sofferenze clinicamente evidenti.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver messo in evidenza che la colecistografia col metodo di Graham si basa sulla concentrazione della sostanza da parte della mucosa, e la colecistografia col metodo Antonucci invece sul potere di distensione della parete vescicolare sotto il brusco e rapido afflusso di bile carica di iodio, dimostra che la prova Antonucci è più sensibile e più utile in pratica della prova di Graham, poichè è costantemente negativa nelle vescicole malate.

BIBLIOGRAFIA

ANTONUCCI. *Colecistografia rapida ecc.* Policlinico, Sez. Pratica, 1931.
ID. *Tecnica della colecistografia rapida.* Ibid., 1931.
ID. *Il mio metodo di colecistografia rapida.* Rivista di Radiologia Medica, vol. 2. Onoranze prof. BUSI.
ID. *La chólecystographie rapide.* Presse Médicale, n. 50, 1932.
BARBERA e CAPUA. *Considerazioni cliniche e radiologiche ecc. ecc.* Policlinico, Sez. Chirur., 1932.
LUCCHESI. *Sulla colecistografia rapida.* Ospedale Maggiore, Milano, 1932.
PELLINI. *L'importanza dell'immagine colecistografica.* Radiologia Medica, marzo 1932.
STEFANINI. *Colecistografia rapida.* Atti Soc. Ital. Chirurgia, anno XXXVIII; Congresso Chirurgico Bari, 1931.
ZAPPALÀ. *Modificazioni del tasso glicemico dopo iniez. endov. di tetrajodo e loro significato.* Policlinico, Sez. Chirurgica, 1932.
DEL ROSSO. *Ricerche speriment. sul ritmo di eliminazione della tetrajodo ecc.* Minerva Medica, n. 40, 1932.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III DI PORTOFERRAIO
diretto dal prof. LUIGI TORCHIANA.

Voluminoso enterolita simulante un tumore addominale

per il dott. ALESSANDRO BELLINI, aiuto.

Gli enteroliti non rappresentano un'eventualità patologica molto rara; noti sono per la genesi loro e per i disturbi che apportano; il volume e il peso che possono raggiungere, tali da far notevolmente spostare il tratto intestinale occupato, la possibilità di una loro abnorme posizione devono essere tenuti presenti nella diagnosi differenziale con i tumori addominali; diagnosi che non di rado è assai più difficile di quanto comunemente si creda. La letteratura insegna che enteroliti voluminosi furono confusi da clinici sperimentati con tumori di organi addominali e specialmente con tumori dell'epiploon, del mesenterio, delle ghiandole retroperitoneali, degli organi pelvici; un caso del genere capitato alla nostra osservazione che per l'oscura sintomatologia presentata ci indusse in errore nonostante l'accurato esame clinico, ci è sembrato degno di ricordo.

Livia Sch., di a. 10, da Rio Elba, entra in Ospedale il 30 luglio 1932.

Il padre morì per broncopolmonite vari anni or sono; la madre e tre fratelli sono viventi e sani; la bambina è nata a termine di gravidanza fisiologica con parto eutocico; ha avuto allattamento materno prolungato fino a quattordici mesi; dentizione e deambulazione in epoca normale. Non ha sofferto di malattie degne di nota fino all'attuale; ma è sempre stata di costituzione gracile, pallida, di scarsa vivacità e intelligenza; fin dalla tenera età ha avuto l'abitudine d'ingerire la terra.

Da circa un anno la bambina ha cominciato ad accusare dolori di ventre che, da prima vaghi e diffusi finirono col localizzarsi nella fossa iliaca di sinistra, il ventre divenne meteorico, si manifestò stipsi ostinata alternata con profusa diarrea di feci fetide commiste a catarro, ma prive di sangue. La malata divenne anoressica, più torpida e svogliata, dimagrò notevolmente perdendo in pochi mesi alcuni chilogrammi di peso, sottoposta alla visita di un sanitario le venne riscontrata nella fossa iliaca sinistra una voluminosa massa la cui presenza allarmò i famigliari da indurli a ricoverare la paziente in Ospedale.

La bambina presenta costituzione tipicamente longilinea, astenica; scheletro sottile, ma regolare, masse muscolari ipotrofiche e ipotoniche, scarso pannicolo adiposo, cute inelastica e sollevabile in pieghe, mucose visibili assai pallide; è apiretica, quieta, giace in decubito indifferente, torpida nel comprendere e ricordare.

Nulla di anormale si riscontra a carico dell'apparato respiratorio; il cuore è nei limiti con lieve soffio anemico alla punta, polso frequente con cento pulsazioni al minuto, piccolo, ritmico; il fegato deborda di circa un dito dall'arcata costale, è però indolente alla palpazione con margine liscio e regolare, la milza è nei limiti.

L'addome si presenta meteorico in modico grado; alla palpazione superficiale e profonda non mostra punti dolenti; la fossa ileo-cecale è ben trattabile senza risentimento alcuno. La fossa iliaca di sinistra è interamente occupata da una massa voluminosa quanto la testa di un feto a termine, di forma ovoidale a grande diametro trasverso, inelastica, mobile; i contorni ben delimitati con la palpazione e la percussione, si presentano lisci e regolari; è indolente.

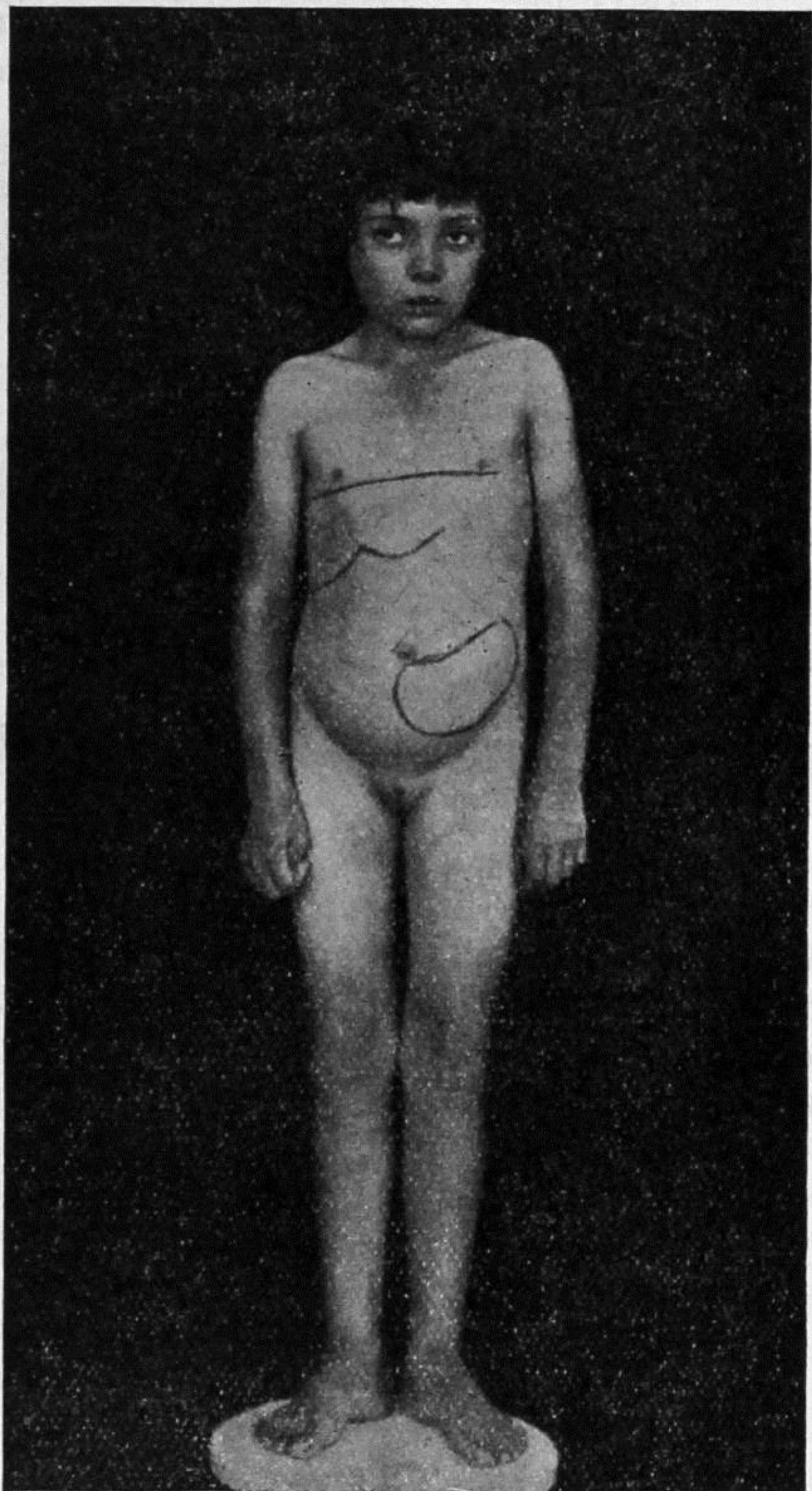


FIG. 1.

La bambina in decubito orizzontale tale massa si porta nel centro, al di sotto dell'ombelico occupando la regione ipogastrica, facendo spostare l'ammalata su i due fianchi si lateralizza senza difficoltà; in posizione eretta occupa la fossa iliaca e ipocondriaca sinistra dalla linea mediana all'ascellare anteriore giungendo in alto fino due dita al di sopra dell'ombellicale trasversa; con manovre manuali la si può spostare fino alla fossa iliaca destra e in alto sotto il diaframma (v. fig. 1).

La piccola malata era disappetente, il cibo preso però veniva ben tenuto, alvo diarroico con feci liquide di color giallo-oscuro, mucose, fetide, senza tracce di sangue.

Esame dell'orina: negativo.

Esame del sangue: emazie 3.200.000; globuli bianchi 6000; emoglobina 60.

Nulla di particolare a carico del sistema nervoso.

Non furono possibili delle ricerche radiografiche, la sospensione di bario, ingerita con ripugnanza, veniva vomitata poco dopo; somministrata per clistere quasi subito evacuata; fu giocoforza quindi rinunciare dopo ripetuti tentativi del genere. L'esplorazione rettale, compiuta con difficoltà per la viva opposizione della paziente, non dette risultati probatori; l'ampolla rettale fu trovata vuota nè ristagno fecale venne constatato più in alto; si apprezzava con la punta dell'indice la tumefazione, i suoi contorni, la sua mobilità; ma non si riusciva ad avere un netto reperto circa i suoi rapporti con gli organi endoaddominali.

L'esatta diagnosi dell'alterazione morbosa in parola si presentava piuttosto difficile; la voluminosa massa studiata per i caratteri presentati doveva essere considerata come una neoplasia; le dimensioni, il contorno liscio ovoidale, la consistenza dura, inelastica, carnosa, il modo d'insorgere lento e progressivo facevano propendere con maggiore probabilità per un fibroma. La mancanza di fluttuazione, la consistenza escludevano una massa cistica nè potevasi d'altra parte pensare ad un fecaloma del sigma che di solito ha forma cilindrica o bernoccoluta è di consistenza piuttosto molle e può essere, con la palpazione appropriata modificato nella sua forma, oppure di consistenza durissima, lapidea; mancava inoltre il sintomo di Gersuny per quanto si neghi ad esso ogni importanza.

Inoltre prima della malattia attuale la bambina aveva sempre avuto un intestino molto regolare; durante l'insorgere di questa si era manifestata stipsi alternata con diarrea; dall'ingresso in Ospedale l'alvo era nettamente diarroico; per tali ragioni, ma soprattutto per la consistenza carnosa della massa insistemmo sulla diagnosi di fibroma.

Dovendo stabilire a carico di quale organo era insorto il tumore si procedè per esclusione: non a carico del connettivo retroperitoneale, poichè con la percussione leggera si constatava suono timpanico tutto intorno al tumore e non davanti, segno evidente che la massa intestinale lo circondava e non era situata anteriormente; non a carico della parete addominale per il fatto della abnorme mobilità che presentava e per quello che tali tumori divengono più sporgenti quando si fanno contrarre le pareti addominali, carattere questo assai preciso che mancava nel caso attuale. Esclusi del pari organi endoaddominali distopici (milza, rene) dato che tutti si erano potuti localizzare bene ed individuarne indenni da ogni alterazione, l'esame si restringeva al colon discendente, al mesenterio e agli organi genitali.

La bambina presentava disturbi del tubo digerente ma non di grave entità e tali che potevano essere interpretati più come elemento contingente delle condizioni generali della paziente che direttamente dipendenti dallo sviluppo della massa.

Vi era poi il fatto della mobilità del tumore spostabile tanto in alto quanto lateralmente senza provocare dolore alla paziente; mettendo la bambina in posizione di Trendelenburg questo si portava in alto nella cavità addominale come nello

spostamento sul fianco destro scivolava con facilità nella fossa ileo-cecale.

Si concluse perciò per un tumore del mesenterio non escludendo che potesse trattarsi di un tumore solido degli annessi di sinistra fatto piuttosto raro ma non improbabile. Dopo ciò fu deciso l'atto operatorio compiuto dopo una diecina di giorni durante i quali la bambina fu sottoposta ad opportuna preparazione che ne migliorò alquanto le condizioni generali.

L'operazione viene compiuta in eteronarcosi eseguendo un taglio laparotomico pararettale sinistro che dalla linea ombellicale trasversa si porta al pube. Aperto il peritoneo si scopre la porzione soprasigmoidea del colon discendente enormemente ectasica tale da giungere a destra al di là della linea mediana; l'interno dell'intestino è occupato da un grosso corpo estraneo del volume di una testa di feto a termine, subito al di sotto l'intestino ritorna normale e le due zone sembrano divise da un cercine fibroso. Proteggendo ben all'intorno si estrinseca con facilità al di fuori il colon discendente e se ne incidono le pareti con un taglio longitudinale di circa otto cm. di lunghezza. La parete presenta una tunica muscolare notevolmente ipertrofica dello spessore di circa mezzo cm., aperta si presenta nel lume intestinale occupato in parte da un grosso enterolita ricoperto di feci. Lo si toglie con facilità in toto. Il colon presenta la porzione che va dalla flessura sinistra al sigma enormemente svasata e limitata nella parte inferiore da un cercine robusto che la separa nettamente dal sigma; s'incide longitudinalmente anche questo anello e si suturano poi i margini in duplice strato in senso trasversale in modo da eliminare ogni causa di stenosi. Si pratica accurata pulizia peritoneale e detersione all'etere della linea di sutura, quindi si chiude l'addome in triplice strato. Il decorso post-operatorio fu regolarissimo e la guarigione avviene per prima; la bambina esce dall'Ospedale quindici giorni dopo in buone condizioni, con alvo regolare.

L'enterolita esaminato pesava complessivamente cinquecentoventi gr.; presentava una parte centrale costituita da argilla, tale risultata anche all'esame chimico, sopra alla quale si erano stratificati sali precipitati nel lume intestinale (sali di calcio, fosfati ecc.) misti a muco e a feci, formando così un tutto compatto di forma ovoidale (vedi fig. 2).

Circa la patogenesi di tale voluminosa massa si devono tenere in gran considerazione due principali fattori: la geofagia della bambina e la costituzione di un cercine fibroso, anulare che divideva completamente la zona ectasica da quella sottostante.

Questo cercine fibroso si potrebbe considerare come secondario; io penso invece che preesistesse, forse dovuto ad una malformazione congenita la quale si opponeva al normale progredire della massa argillosa ingerita, nonostante gli sforzi di espulsione del tubo intestinale la cui tunica muscolare si veniva così notevolmente ipertrofizzando. Ne risultò pertanto una notevole dilatazione a monte nella quale l'enterolita ruzzolava per così dire nel lume intestinale non impedendo la canalizzazione delle feci che passavano tra la massa e le pareti. La differenza di calibro fra il lume intestinale e massa contenuta spiega l'impossibilità dell'impegno e l'ectasia notevole, sì che quella sezione del colon era assai più ampia dello stomaco e l'abnorme mobilità della massa che poteva portarsi in qualunque regione dell'addome. Come ultimo richiamo desidero qui ricordare la grande rarità della sede soprasigmoidea poichè tali masse più facilmente si riscontrano in segmenti intestinali che me-

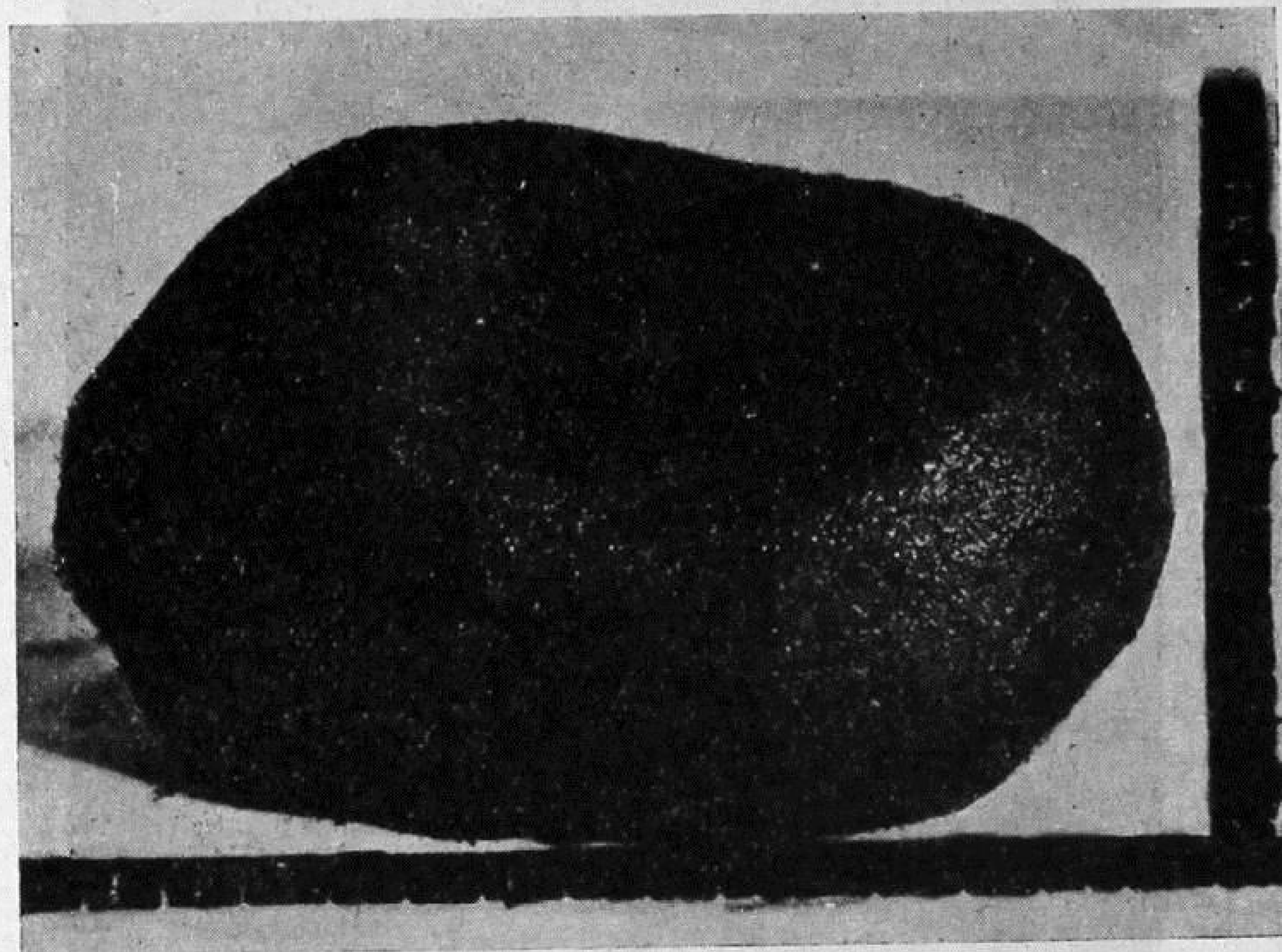


FIG. 2.

no si oppongono alle leggi di gravità di quello che non sia il colon discendente, motivo per cui il cercine fibroso constatato aumenta la sua importanza patogenetica.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di voluminoso enterolita presentante la sintomatologia di un tumore addominale. Mette in rilievo le difficoltà diagnostiche che s'incontrano in simili casi.

BIBLIOGRAFIA.

ASCHOFF. *Anatomia patologica speciale.* U.T.E.T.
DONATI. *Chirurgia dell'addome.* U.E.T.E.
FORGUE. *Compendio di patologia chirurgica.* S.E.L.
GAMNA. *Monografia dell'apparato digerente* nel *Trattato di anatomia patologica* pubblicato da PIO FOÀ. U.T.E.T.
KAUFMANN. *Trattato di anatomia patologica.* Vallardi.
MOHR e STAEHELIN. *Trattato di medicina interna.* S.E.L.
ORTNER. *Sintomatologia clinica delle malattie interne.* Vallardi.
PIRERA. *Patologia e clinica medica.* Vallardi.
SCHWALBE. *Errori diagnostici e terapeutici e criteri per evitarli.* Vallardi.
STRÜMPELL. *Trattato di patologia speciale medica.* Vallardi.
TADDEI. *Semeiotica fisica e diagnostica chirurgica.* U.T.E.T.
VON LEUBE. *Diagnostica differenziale delle malattie interne.* Vallardi.

TECNICA.

Laboratorio d'Igiene
dell'Ospedale Civile di Belluno.
Sezione Medico-Micrografica
Direttore: dott. U. Tanferna.

Nota preventiva sopra un processo di « pietrificazione » dei tessuti animali.

Carlo Frigimelica, volontario.

Il ritrovare un processo di conservazioni dei pezzi anatomici che ne mantenga inalterati e forma e colore senza richiedere la presenza di liquidi fissatori è problema che ha sempre interessato gli studiosi anche per la possibilità di una eventuale estensione alla così detta pietrificazione dei cadaveri.

Tentativi di pietrificazione sono stati già fatti, e con buon esito, anche da antichi sperimentatori, tra i quali particolarmente il Segato ha dimostrato la utilità e la possibile applicazione pratica del principio; tutti però hanno mantenuto segreto il procedimento togliendo così alla scienza un mezzo che sarebbe stato certamente di grande utilità in molteplici campi.

Ritengo pertanto d'interesse comune l'esporre in questa mia nota un metodo molto semplice col quale ho ottenuto risultati incoraggianti a proseguire lo studio e le esperienze su più vasta scala.

Il metodo di « pietrificazione » che ho ideato e sto sperimentando consiste nell'impregnare i tessuti animali con Iposolfito di Sodio fuso nella propria acqua di cristallizzazione. A questo scopo i pezzi da indurire vengono anzitutto messi a fissare in una soluzione di Iposolfito sodico e formalina. Il fissaggio deve essere solamente superficiale in modo da non alterare il colore dei tessuti. I pezzi si fanno quindi passare attraverso una serie di soluzioni acquose d'Iposolfito sodico sempre più concentrate e infine si portano in Iposolfito s. preventivamente fuso ove restano quanto è necessario alla temperatura di circa 60° (stufa).

Per ciascuno dei suddetti passaggi occorre un tempo più o meno lungo (ore) a seconda del volume e della natura dei pezzi. Quando questi sono ben impregnati si lavano *rapidamente* in una soluzione acq. satura d'Iposolfito s. riscaldata a 60°-70°, si asciugano, possibilmente accelerando con alcool assoluto, si lasciano per un certo tempo all'aria o, meglio, in termostato (37°), si ripuliscono ripetendo all'occorrenza le manovre precedenti e in ultimo si ricoprono accuratamente con una vernice trasparente e impermeabile.

Riassunta così la tecnica generale sorvoliamo sulle particolarità di trattamento suggeriteci dalla pratica per i vari organi (occhi ecc.) e passiamo ai risultati.

I nostri preparati acquistano una durezza pressochè lapidea, notevole specialmente in certi tessuti, tale a volte da resistere alla lima; conservano bene la forma primitiva; hanno colori ben differenziati e spesso brillanti. È da notarsi a questo punto che a bella posta venne escluso ogni artificio onde valutare esattamente le possibilità del procedimento.

I peli rimangono morbidi e solidamente piantati. La struttura istologica non viene sostanzialmente modificata sì che, invertendo il processo ed eseguendo l'inclusione in paraffina, è possibile, ad esempio, osservare dentro ai vasi i globuli rossi ancora ben conservati.

Le immagini radiografiche risultano quasi normali.

Non è possibile per il momento formulare un pronostico circa la durata dei preparati ma nulla si oppone a che abbiano da conservarsi molto a lungo.

Chiudo questa nota ricordando che il metodo è solo abbozzato e formulando l'augurio che possa, in seguito, arrecare qualche giovamento alle mediche discipline.

Belluno, luglio 1933.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un procedimento per l'indurimento dei tessuti animali mediante impregnazione con Iposolfito sodico fuso nella propria acqua di cristallizzazione. L'A. ha ottenuto in questo modo risultati incoraggianti sia per la durezza dei preparati come per la conservazione dei caratteri macro-microscopici.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'esplorazione del sistema nervoso vegetativo.

(B. SOLER, B. DE LA CARRERA. *La Medic. Ibera*, 27 maggio 1933).

Il gran numero di metodi proposti per l'esplorazione del sistema nervoso vegetativo dimostra come la questione sia ancora da risolvere.

Bisogna riconoscere però che tale esplorazione è cosa tutt'altro che facile: è così grande l'importanza nell'organismo di questo sistema, le sue funzioni sono così molteplici, le sue manifestazioni morbose così varie, che, perchè una esplorazione del sistema nervoso vegetativo riuscisse completa, occorrerebbe studiare isolatamente, uno per uno, i varî organi ed apparati dell'economia, che tutti da esso sistema sono inerenti.

È esso infatti che, insieme con le secrezioni interne, forma la costituzione e la personalità dell'individuo, e ne regola gli impulsi e gli istinti. A questa gran complessità di funzioni bisogna aggiungere la mancanza di una esatta conoscenza della sua sistematizzazione. Allo stato attuale delle nostre cognizioni due soltanto sono i tipi di procedimenti che ci permettono una esplorazione diretta del sistema nervoso vegetativo e cioè quelli che cercano di studiarne la eccitabilità e quelli che ci permettono di conoscerne il tono vegetativo; intendendo per eccitabilità vegetativa la risposta di detto sistema ad un agente eccitante che lo stimoli, e per tono vegetativo la eccitazione costante e continua provocata da uno stimolo interno.

Furono Eppinger ed Hess i primi che, per mezzo dei riflessi vegetativi e delle prove farmacodinamiche, esplorarono la eccitabilità del S. N. V. Utilizzarono a tale scopo l'atropina e considerarono come vagotonici quei soggetti che reagivano con tachicardia e come simpaticotonici quelli che presentavano bradicardia: concezione del tutto errata come hanno dimostrato le successive ricerche di Danielopulo.

In seguito Goetsch studiò con precisione il riflesso simpatico determinato dall'adrenalina (prova di Goetsch): consiste nell'iniettare sottocute 1 cmc. di soluz. al ‰ di adrenalina e osservare le modificazioni sia locali che generali che avvengono. Localmente appare un'area pallida circondata da un'aureola violacea e come fenomeni generali si osservano modificazioni della pressione, tachicardia, apparizione negli ipertiroidei di glicosuria che può mancare, e di iperglicemia che è costante; inoltre poliuria, palpitazioni, senso di freddo, sudori, tremori, angoscia, talvolta elevazioni termiche, pallore, midriasi, aumento del metabolismo basale, alterazioni dell'equilibrio calciopotassico e della formula leucocitaria.

Si è visto poi che anche i soggetti con ipereccitabilità vagale reagiscono all'adrenalina ma con bradicardia e talvolta estrasistoli, che scompaiono con l'iniezione di atropina.

La pilocarpina ha azione opposta a quella dell'adrenalina; ritarda il numero delle pulsazioni, aumenta le secrezioni, producendo salivazione e sudorazione; determina peristaltismo intestinale, discesa della pressione arteriosa, lacrimazione: fenomeni questi che sono molto accentuati nei vagotonici. Da ricordare è anche la prova di Loewy, che consiste nell'instillare nell'occhio due o tre gocce di adrenalina al millesimo. Nel soggetto normale si produce soltanto una vasocostrizione, nel simpaticotonico invece si ha midriasi. Lo stesso risultato si ottiene con soluzioni deboli di cocaina.

È basandosi su queste prove che Eppinger e Hess formularono i due famosi quadri clinici della vagotonia e della simpaticotonia, a seconda il predominio degli ormoni vagotropi o simpaticotropi. Per questi AA. il quadro vagotonico è caratterizzato da miosi, pelle umida, dermografismo, crisi sudorali, salivazione, bradicardia, eosinofilia, grande tolleranza per gli zuccheri, mancanza della glicosuria adrenalinica, segno di Graefe, mancanza del segno di Moebius; e il simpaticotonico da esoftalmo, midriasi, diminuzione della secrezione salivare, secchezza della bocca e della pelle, tachicardia, mancanza di eosinofilia, diminuzione della tolleranza verso gli zuccheri, glicosuria adrenalinica, segno di Moebius positivo, negativo quello di Graefe.

Altre prove interessanti sono quelle con la eserina, la emoclasia digestiva di Widal, lo studio del pH, il quoziente calcemia-potassiemia, il cui aumento indica vagotonia e la diminuzione simpaticonia, il metabolismo basale ecc.

Tali erano le cognizioni che avevamo riguardo al sistema neurovegetativo ed ai metodi per esplorarlo prima delle nuove concezioni introdotte da Danielopulo: secondo il quale tutte queste prove della eccitabilità vegetativa erano male usate e male interpretate: male usate perchè alla via di introduzione del farmaco non si annetteva l'importanza che si meritava, male interpretate perchè non si faceva distinzione fra *tono locale*, dipendente da condizioni particolari inerenti all'organo, e un *tono generale*, che può essere normale anche quando quello locale è alterato.

Ma ciò che più è importante è che non si teneva conto delle dosi di farmaco somministrate, dato che pure ha enorme importanza per la valorizzazione dei risultati ottenuti: Danielopulo ha dimostrato l'anfotropismo delle sostanze usate, che, a piccole dosi sono eccitanti a predominio vagale, a grandi dosi a predominio simpatico. Non minori erano gli errori commessi nello studio dei riflessi, che si è oggi dimostrato essere anfotropi e che soltanto possono servire a conoscere l'indice

della eccitabilità vegetativa. Sì che passavano inosservati i casi di ipo- ed iperanfotonia e i casi misti, tanto frequenti nella pratica.

Secondo Danielopulo il tono locale vegetativo è la resultante di due sistemi antagonisti: nella impossibilità di sopprimerli per misurare direttamente il loro tono, non resta altro che stimolarli per esplorarne la eccitabilità. Le prove che Danielopulo propone a tale scopo sono delicate e richiedono apparati speciali. Quali sostanze stimolanti sono state proposte gli estratti tiroidei, ipofisari, del timo, paratiroidi, l'adrenalina, l'eserina, la pilocarpina, la linfoganglina e ultimamente il Pacyl che è un derivato della colina. Come riflessi vagali sono stati utilizzati oltre al clinostatico di Danielopulo e all'oculocardiaco di Aschner, il riflesso carotideo di Hering, quello pneumocardiaco di Welser, il riflesso della convergenza di Ruggeri e il palatocardiovagale di Louge: come riflessi rinostatici i più usati sono il celiocardiaco di Bañuelos, il palatocardiosimpatico di Louge e l'ortostatico di Danielopulo.

Tale metodo di ricerca, a cui gli AA. hanno apportato qualche pratica modificazione, dà risultati costanti e di grande esattezza.

G. LA CAVA.

Sopra un caso di fistola ventricolare posttraumatica e la sua rappresentazione radiologica.

(A. EISELHSBERG. *Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. LXXI).

L'autore descrive il caso di una donna, di anni 24, che in seguito ad un trauma aveva riportato una frattura avvallata della regione frontale e temporale sinistra, con lesione cerebrale, e del seno longitudinale superiore.

La lesione cerebrale era causa di perdita di coscienza e di emiparesi destra. Intervenuti d'urgenza, furono asportati i frammenti ossei avvallati, e durante queste manovre fu scoperta l'emorragia del seno ed arrestata a mezzo di « tabotamp ». Otto giorni dopo si apre una fistola suppurante di cui la secrezione si fa sempre più abbondante; il giorno appresso l'inferma riacquista la coscienza, ma è del tutto afasica. Si pensa ad un ascesso cerebrale e tre settimane dopo l'incidente si reinterviene: non fu trovato un vero ascesso, ma della sostanza cerebrale, che tendeva a farsi purulenta.

La fistola si fece così ampia che con la vista si scorgeva bene la cavità del ventricolo laterale sinistro, e con l'introduzione d'olio iodato si rese visibile ai raggi la fistola ed il ventricolo.

È interessante il fatto che la p. continuò a vivere per lungo tempo malgrado che la suppurazione continuasse, mentre generalmente si ritiene mortale l'irruzione di un ascesso cerebrale nei ventricoli.

La sopravvivenza fu spiegata con una chiusura del foro di Monro da rigonfiamento cerebrale infiammatorio, con cui il processo rimase localizzato ad un ventricolo. Questa supposizione fu confermata dalla radiografia previa introduzione d'olio iodato, che dava la rappresentazione della fistola e del ventricolo sinistro. Qualche giorno dopo l'infezione passò all'altro ventricolo ed alle meningi, e la morte fu rapida.

Lo sviluppo di una meningite della convessità, fu impedito dalle aderenze che si erano formate nell'ambito della ferita operatoria.

R. GRASSO.

Cefalea e dolore nell'infiammazione dei seni nasali.

(H. TILLEY. *The Brit. Medic. Journal*, aprile 1933).

La cefalea è segno frequente dell'infiammazione cronica dei seni etmoidali, frontali e sfenoidali, e può essere generalizzata o localizzata alla zona del seno affetto. Non si può avere sinusite senza cefalea.

L'esistenza di cefalea si spiega colla distribuzione del trigemino, che è il nervo che ha rami sensitivi per i seni. Il dolore è provocato da ritenzione sotto tensione di secrezione patologica nei seni e la prova è data dal fatto che il dolore scompare appena il seno malato si scarica. Qualche volta però il dolore può essere provocato da compressione dei nervi sensitivi vicini al seno (così p. e. si può avere con turbinato medio cistico).

L'aspetto clinico del dolore da sinusite varia secondo il seno malato. L'antro mascellare può ammalarsi per infezione delle radici del secondo bicuspidale e del primo e secondo molare e allora il dolore si avverte alla guancia ed è dovuto a periostite alveolare. Però il dolore può irradiarsi al territorio del nervo sopraorbitale e far pensare ad una sinusite frontale e può anche estendersi a tutta la metà del capo. Nelle sinusiti c'è spesso la mattina cefalea, che scompare nel pomeriggio.

L'infiammazione dell'etmoide dà dolore alla parte interna dell'orbita e alla radice del naso.

La sinusite frontale provoca dolore alla fronte.

La sinusite sfenoidale dà più spesso dolore all'occipite e meno spesso al vertice e raramente alla regione innervata dal nervo sopraorbitale. Può dare anche la sindrome del ganglio sfenopalatino: dolore nevralgico alle regioni sopraorbitale, oculare, mascellare superiore, mastoidea e occipitale. In alcuni casi il dolore può estendersi anche al braccio e alle dita della mano. L'applicazione di cocaina sulla mucosa nasale sopra e dietro il turbinato medio calma il dolore.

Nella stessa rivista W. Harris riferisce su due casi di ascesso cerebrale frontale secondario ad infezione del seno frontale. Egli si estende a trattare dell'innervazione dei seni e parla della possibilità che un tic doloroso abbia la sua origine nell'infezione di un seno.

Spesso cefalee a tipo nettamente emicranico dipendono da sinusiti, come pure da sinusiti possono dipendere le neurosi croniche della guancia, caratterizzate da dolore costante alla guancia, in cui c'è anche una causa psichica che segna l'inizio della sintomatologia.

R. LUSENA.

CUORE.

La cura delle insufficienze cardiache acute

(C. F. COOMBS. *Practitioner*, marzo 1933).

Le cause che determinano l'insufficienza del miocardio sono di tre specie: 1) Infezioni: reumatismo; 2) Intossicazioni: batteriche (difterite, pulmonite), chimiche (alcool), endogene (tireotossicosi); degenerazioni: involuzione (senescenza), affaticamento (iperpiesia).

Le modalità cliniche dell'insufficienza cardiaca acuta possono essere: 1) Auricolare, causata dal reumatismo cardiaco cronico (stenosi mitralica), e dalle tireotossicosi, ed estrinsecantesi con dispnea, cianosi ed aritmia totale; 2) Auricolo-ventricolare, causate dalla sclerosi senile ed estrinsecantesi con attacchi sincopali e bradicardia; 3) Ventricolare, causate da iperpiesia, trombosi coronaria, infezioni acute, sifilide dell'aorta, ed estrinsecantesi con dolore, collasso, dispnea, pallore, ipotensione, ritmo normale.

La più importante è la insufficienza ventricolare perchè in effetti la sistole del ventricolo è la funzione essenziale del cuore.

In ogni caso di iposistolia la condizione principale per l'efficacia di qualsiasi cura è il riposo. Questo diminuisce il lavoro del cuore, il che implica una maggiore possibilità di recupero di energia da parte del miocardio. A prima vista parrebbe che la posizione sdraiata sia la più conveniente in quanto assicura una migliore irrorazione del cervello. Sta di fatto però che con la posizione seduta è molto facilitato il ritorno del sangue venoso al cuore mentre la distribuzione del sangue arterioso è aiutata dalla contrazione del diaframma.

Tutti i mezzi adoperati per agevolare l'eliminazione di acqua dall'organismo, mediante la diuresi o in altri modi, tendono a diminuire il carico del cuore. Ma in effetti i migliori servigi al riguardo sono resi dalla digitale in quanto diminuisce la conducibilità nella fibrillazione auricolare. Si ha così una diminuzione degli stimoli trasmessi al ventricolo, un'azione ventricolare più lenta, un allungamento di ciascun ciclo cardiaco ed in ispecie della diastole. In conseguenza si ha una fase di riposo più lunga, un aumento della circolazione coronaria, un miglior drenaggio auricolare, un riempimento del ventricolo più completo, condizioni tutte che rendono più efficiente il lavoro del cuore.

L'oppio è indicato perchè diminuisce l'affaticamento del cuore, e perchè riducendo le attività fisiche e psichiche risparmia per questa via il miocardio.

Anche l'uso di sostanze ipertensive è talvolta indicato, ad es. nell'insufficienza acuta della difterite. Esse agiscono sopra tutto in quanto eccitano le pareti arteriose e migliorano la circolazione periferica.

In conseguenza non si può generalizzare, dovendosi tener presente che nel caso di insufficienza acuta bisogna solo migliorare l'azione miocardica, e che in ogni caso non si deve eccedere.

I vari stimolanti di uso comune, come la stricnina, la canfora e l'alcool, non fanno eccezione a questa regola. Essi eccitano l'attività cardiaca e sul momento riescono utili, ma il loro abuso può riuscire nocivo in quanto aumenta l'affaticamento del miocardio.

I nitriti senza dubbio alleggeriscono il lavoro del cuore abbassando la pressione arteriosa, ma forse la loro efficacia è dovuta alla dilatazione delle coronarie e quindi alla migliore irrorazione del miocardio.

Anche la caffeina, la diuretina e simili agiscono migliorando la circolazione coronaria.

L'insufficienza miocardica nelle infezioni acute è quasi sempre a tipo ventricolare.

L'infezione che agisce direttamente sul miocardio e che provoca i fenomeni più cospicui è la difterite.

Nel reumatismo acuto invece l'insufficienza è in rapporto ad una pancardite.

Nell'influenza l'insufficienza miocardica può essere causa di morte anche nei casi non gravi specie nei vecchi.

In tutte queste forme infettive l'indice più significativo di tutti i disturbi è l'abbassamento della pressione del polso.

La cura consiste nel riposo il più rigoroso. Il paziente deve stare disteso, completamente immobile, non deve eseguire movimenti volontari per rigirarsi nel letto e nemmeno per mangiare. Deve quindi essere alimentato. Quando ci sia vomito conviene astenersi da ogni alimentazione per via orale per evitare ogni sforzo, e limitarsi all'introduzione nel retto di soluzione di glucosio. Anche nel periodo della convalescenza bisogna limitarsi a dare per bocca soluzione di zucchero e passare lentamente alla dieta solida.

Nell'insufficienza difterica non è prudente praticare la cura di siero.

Nelle forme reumatiche conviene sospendere o limitare l'uso dei salicilati, per il pericolo che provochino il vomito o abbiano un'azione tossica sul miocardio.

Nei casi più gravi non si deve dare digitale per bocca, ma occorrono l'uso di iniezioni dei suoi derivati o di strofantina per via ipodermica o eventualmente per via endovenosa. La strofantina integra efficacemente l'azione della digitale.

Quando la pressione vasale è abnormemente bassa si ricorre agli ipertensivi (pituitrina, efedrina, adrenalina).

L'uso dell'oppio e dei suoi derivati è vantaggioso quando esistono dolori ed irrequietezza e sempre che la pressione del polso non sia molto bassa.

È stato anche raccomandato il bendaggio degli arti per contenere la paralisi dei capillari che probabilmente è un fattore concorrente in questi difetti circolatori tossici.

La funzione intestinale deve essere assicurata mediante purganti leggeri (cascara con o senza paraffina, sciroppo di senna).

La *trombosi coronaria* è ora più frequente che per lo passato, o meglio oggi si diagnostica più facilmente. Si manifesta con un dolore precordiale acuto a carattere anginoso, che non si calma con il riposo, con i rivulsivi locali, con i vasodilatatori.

L'accesso è per lo più fatale: circa un terzo dei pazienti soccombe.

I malati devono essere tenuti nel più assoluto riposo in posizione orizzontale.

Durante l'attacco non è il caso di fare uso di eccitanti e tonici cardiaci.

L'unico medicamento da usare è la morfina che calma il dolore e mette in riposo il cuore.

La *fibrillazione auricolare* è un accidente che può verificarsi nel corso di cardiopatie croniche (stenosi mitralica) in modo violento ed improvviso ed accompagnata da tali sintomi (dolore, ingrossamento del fegato, vomito persistente) da simulare una catastrofe addominale acuta.

Tuttavia non mancano sintomi che fanno pensare al disturbo cardiaco: affanno, cianosi, polso tachicardico ed irregolare, vene del collo dilatate e pulsanti, edemi, toni fortemente alterati, pressione variabile a volte bassa, a volte alta.

Qualunque sia la causa (vizio mitrale, tireotossicosi, degenerazioni miocardiche) il trattamento è lo stesso.

Il paziente deve osservare il riposo assoluto a letto in posizione seduta sostenuto da cuscini e con l'inclinazione che egli stesso troverà la più adatta.

Si farà un salasso o si applicheranno sanguisughe sulla regione epatica.

Il medicamento più indicato è la digitale accompagnata eventualmente, nei casi gravissimi e con vomito insistente, da iniezioni endovenose di strofantina.

La *tachicardia parossistica* ed il *flutter auricolare* possono determinare insufficienza cardiaca indebolendo i ventricoli e dilatando le orecchiette. Esse sono molto gravi se si verificano quando il cuore è già alterato. Anche una semplice tachicardia parossistica di origine auricolare può esaurire un cuore senile e riuscire così molto pericolosa.

Nel caso di flutter auricolare conviene subito saturare il paziente con digitale ed insistere fino a quando il battito del flutter è sostituito dall'aritmia di fibrillazione. Questa poi è curata con la chinidina di solito con successo.

Anche le altre tachicardie parossistiche sono curate con dosi forti di digitale o eventualmente con la strofantina per via endovenosa.

Gli *attacchi sincopali* possono dipendere da molti disturbi cardio-vascolari. La forma più comune è data da irregolarità sinusali, che si verificano per lo più in ragazzi e giovani. Si riconosce facilmente dal pallore e dall'astenia totale e per l'assenza di fatti organici. Conviene escludere l'esistenza di emorragie interne e di epilessia minore. La cura è semplice: riposo a letto a testa bassa e qualche tazza di caffè o tè.

Talvolta però specie nei vecchi con segni di degenerazione cardio-arteriosa l'attacco sincopale è dovuto a blocco auricolo-ventricolare, cui segni sono bradicardia e differenza di frequenza tra il polso radiale e quello della vena giugulare (talvolta alla mediale si hanno 30-40 battiti al minuto ed alla giugulare 80-90). In questi casi il paziente deve essere messo in riposo assoluto in posizione orizzontale. Si somministrerà dapprima atropina nella supposizione che si tratti di un disturbo di origine vagale e non organico. Ma se essa fallisce si ricorrerà all'efedrina ed eventualmente all'adrenalina, ma sempre con precauzione.

L'*iposistolia ventricolare acuta* si verifica sempre in individui che hanno segni di alterazioni cardiache: iperpiesia, toni deboli, rumore di galoppo, polso alternante, ecc.

La più comune forma dell'accidente è la così detta asma cardiaca. Specie durante la notte il paziente è preso acutamente da un senso di soffocamento che gli interrompe il sonno e lo riempie di terrore. Egli si mette quindi a sedere in preda ad affanno. L'attacco si vince facilmente con un'iniezione di adrenalina o di efedrina, e si può prevenire con un'iniezione serale di morfina.

Effetti più rari sono gli attacchi di edema acuto pulmonare, che anch'essi si verificano per lo più di notte. L'accidente è più allarmante: si ha inizio improvviso, dispnea intensa con forte senso di soffocazione, cianosi intensa, aspetto dell'uomo asfittico, espettorato sanguinolento, secrezione abbondante dalla bocca e dal naso. Questi attacchi durano da pochi minuti a qualche ora, e di solito cessano con la morte. La cura nell'iniezione di morfina e atropina, seguìta da salasso.

DR.

L'edema acuto del polmone.

(CH. ACHARD. *Journ. des praticiens*, 1 luglio 1933).

Fra gli incidenti drammatici a cui può assistere il medico, l'edema polmonare deve essere posto in prima linea. La subitaneità della sua comparsa, la brevità della sua evoluzione, l'intensità dei suoi sintomi asfittici sono caratteri tali che il clinico deve sapere prontamente riconoscere per mettere subito in opera il trattamento che spesso riesce efficace.

L'edema polmonare acuto si presenta ad accessi specialmente notturni. Il malato avverte

una leggera irritazione della gola che gli provoca la tosse che si fa penosa. Compare ben presto la dispnea, che diventa soffocante. Poi, il malato emette un'espettorazione abbondante, schiumosa, spesso di colore rosa-salmone. All'ascoltazione del torace, si sentono dei rantoli fini, a pioggia, sul principio alle basi che salgono poi a tutto il polmone: una marea saliente di rantoli. Il malato si fa cianotico, le estremità si raffreddano, il polso si fa piccolo, l'intelligenza si obnubila ed il malato muore. Se, invece, si interviene a tempo, l'accesso può essere troncato ed il malato ritorna al suo stato di prima.

L'*espettorato* ha caratteri speciali: consiste in un liquido albuminoso, senza mucina nè fibrina, ma con molto albumina (30/1000 invece dell'1/1000 che si trova nelle bronchiti acute). All'esame citologico, vi si trovano poche cellule bronchiali e qualche emazia, dei polinucleari e dei macrofagi carichi di pigmento.

Frequente è, in questi malati, l'*ipertensione* e spesso l'edema polmonare è preceduto da un accesso ipertensivo. Alla fine dell'accesso, si può riscontrare albuminuria.

La durata dell'accesso può variare da qualche ora a 3-4 giorni; si possono avere recidive ad intervalli variabili.

Si possono distinguere parecchie *forme cliniche*. 1) *Fulminante o broncoplegica*, che provoca la morte ancor prima che il malato abbia potuto in qualche modo espettorare la sierosità formatasi nel polmone; 2) *Attenuate o subacute*, in cui gli incidenti sono meno brutali. Bisogna però distinguerne alcuni fenomeni derivanti soltanto dall'insufficienza ventricolare sinistra, come il pseudoasma, la tosse cardiaca, che non sono dovuti all'edema polmonare, ma possono coesistere con esso; 3) I *piccoli edemi polmonari*, che prendono la forma di accessi d'asma notturni, con sintomi di bronchite ed espettorazione mucosa ed albuminosa. Vi è inoltre: 4) una *forma catarrale* che consiste in un lieve edema sovrapponentesi ad una bronchite cronica e; 5) una *forma latente* e *silenziosa*, senza segni fisici probabilmente perchè i focolai edematosi sono piccolissimi e profondi o mascherati da liquido pleurico.

La *diagnosi* è generalmente facile. Lo *pseudoasma notturno dei cardiaci*, l'accesso di dispnea notturna dei cardiopatici non si accompagna ai rantoli fini, gorgoglianti dell'edema; il malato non ha espettorazione liquida ed abbondante, ma emette dei rari sputi appiccicaticci e bianchi; con la terapia cardiotonica, scompare rapidamente.

L'*asma vero* provoca una dispnea spasmodica, con inspirazione breve ed espirazione prolungata. All'ascoltazione, si sentono soltanto pochi rantoli sibilanti; sputi poco abbondanti con eosinofili.

L'*embolismo polmonare* non si accompagna ad espettorato albuminoso ed è quasi muto all'ascoltazione. L'infarto di media entità dà degli sputi emottoici ben diversi dal liquido schiumoso e roseo dell'edema acuto.

La *bronchite cronica* in certi brightici e cardiaci può accompagnarsi ad abbondante espettorazione idro-mucosa, diversa da quella albuminosa; ma l'edema polmonare può sovrapporvisi. Quanto all'*angina pectoris*, il suo quadro clinico è ben diverso, ma essa coincide qualche volta con l'edema acuto.

L'A. riporta alcuni casi clinici di edema polmonare, tratta dell'eziologia, dei reperti di autopsia e della patogenesi, a proposito della quale ricorda le esperienze di Frugoni, il quale ha osservato che l'edema non si produce se si estirpa il ganglio stellato o se si inietta della morfina.

La *prognosi* immediata dipende dall'abbondanza della flussione sierosa e specialmente dalla difficoltà della sua evacuazione; è più grave se non si ha espettorazione. La prognosi dipende inoltre dallo stato dell'apparato cardio-vascolare. Di cattivo significato sono l'ipertensione, il rumore di galoppo sinistro ed il polso alternante; altri fattori di gravità sono i segni di insufficienza cardiaca, la tumefazione del fegato, l'oliguria, gli edemi. L'incertezza della prognosi è aumentata dal fatto che nulla può far prevedere la comparsa di un nuovo accesso.

Base della *terapia* e rimedio eroico dell'accesso è il salasso, che deve essere abbondante, 500-700 grammi, che produce un sollievo immediato. Contro la dispnea intensa, si può usare la morfina, che un tempo veniva invece proscritta; essa è però controindicata nei casi di nefrite sclerosa pronunciata e di oliguria.

Il venir meno del cuore esige l'uso dei cardio-tonici, specialmente dell'uabaina (iniezioni endovenose di 1/4 di mg.).

Formalmente controindicate sono le iniezioni di siero fisiologico (cloruro di sodio) e l'adrenalina che ha importanza nella patogenesi.

Passato l'accesso, istituire un trattamento in modo da prevenirlo; trovano allora la loro indicazione i cardio-tonici, specialmente la digitale e la teobromina. È prudente mantenere i malati al regime declorurato e di prescrivere il riposo, moderando l'eccitabilità del sistema nervoso con qualche calmante, come il gardenal ed i bromuri. *fil.*

Ginnastica respiratoria per i cardio-pazienti.

(L. ROEMHELD. *Medizin. Welt*, 17 giugno 1933)

Secondo l'A. con un'adatta ginnastica respiratoria che mette in movimento il diaframma, si ottiene un miglioramento notevole nelle condizioni degli organi circolatorii, di cui viene facilitata la funzione.

La si eseguisce al mattino, a digiuno, in

letto stando in posizione supina con le gambe retratte (cosce in flessione, gambe in flessione sulle cosce, pianta del piede appoggiata sul piano del letto). Si spinge poi in avanti l'addome ed in seguito lo si ritira, in modo che invece di un addome sporgente, si abbia un addome affondato. La spinta in avanti dell'addome corrisponde alla posizione di profondità del diaframma ed all'inspirazione diaframmatica; la retrazione dell'addome corrisponde alla spinta in alto del diaframma ed alla espirazione. Si fanno 15-20 di tali movimenti.

Tale metodo viene chiamato di *ginnastica aortica* dall'A., che lo considera addirittura adatto per prolungare la vita.

Esso è consigliabile anzitutto per la profilassi delle malattie del sistema vasale, specialmente delle grosse arterie e delle coronarie in individui ereditariamente tarati in questo senso, in quelli con alta pressione del sangue, con diaframma elevato, negli obesi negli individui con grosso addome, o con varici alle gambe, in generale poi per tutti gli individui oltre i 45 anni. Per gli individui che già soffrano di affezioni aortiche, si eseguiranno i movimenti in posizione seduta e graduando la pressione con una mano posata sull'addome. In pazienti del genere, l'A. ha ottenuto in questo modo notevoli miglioramenti.

fil.

Il cuore degli sportivi.

(F. DEUTSCH. *Wiener Klin. Wochens.*, 7 luglio 1933).

Il cuore degli sportivi è un cuore ingrossato ben funzionante. L'ingrossamento è dovuto alla posizione di adattamento dilatatoria ed all'aumento generale della muscolatura dello sportivo.

L'ingrossamento è vario secondo i diversi generi di sport.

L'A. riporta in proposito la seguente tabella:

	Percentuale dei casi con ingrossamento del cuore
Canottaggio	27,8
Sci	18,2
Bicicletta	15,3
Nuoto	14,9
Lotta	11,0
Turismo	9,4
Atletica leggera	8,8
Scherma	4,4
Boxe	3,1
Calcio	2,7

L'interesse terapeutico del medico nello sportivo deve esercitarsi quando il cuore oltrepassa certi limiti. Il trovare un cuore un po' grosso negli sport che esigono un esercizio che dura a lungo può essere normale, mentre invece è da considerarsi come anormale e quindi patologico il reperto di un cuore grosso negli sport che esigono esercizi non continuativi o negli individui che non fanno continuamente dello sport. Importante è dunque la decisione se si tratta di un cuore normale ingrossato o di un cuore organicamente leso.

fil.

Ferita transfossa del cuore. Operazione, guarigione.

(R. VARGAS MOLINARE. *Boletin de la Sociedad de Cirurgia de Chile*, X, n. 8).

L'A. ha riferito alla Società di Chirurgia del Cile su di un caso da lui osservato di ferita transfossa del cuore. Si trattava di un uomo di 28 a. che in una aggressione aveva riportato una ferita da coltello in corrispondenza del IV spazio intercostale S.

All'operazione l'A. trovò una ferita di 1 cm. nella metà inferiore della faccia anteriore del pericardio, una ferita di 1 cm. sulla faccia anteriore del ventricolo S. ed, esplorata la faccia posteriore di questo, un'altra ferita di 1 1/2 cm. Suturò le due ferite del cuore e quella del pericardio. Il p. ebbe nel decorso post-operatorio una complicanza polmonare di cui però anche si rimise.

Due cardiogrammi eseguiti 1 e 2 mesi dopo l'intervento dimostrarono solo un'inversione dell'onda T: il resto era normale.

G. GENTILE.

ORGANI DI MOVIMENTO.

Rotture e strappamenti di muscoli e tendini degli arti inferiori.

(E. LORRINGTON GILCREEST. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 21 genn. 1933).

Le rotture e gli strappamenti di muscoli e tendini degli arti inferiori sono più frequenti di quanto si ritiene generalmente e spesso misconosciuti, sicchè il paziente viene trattato per settimane e mesi come se fosse affetto da artrite, neurite e simili. Invece con una diagnosi ed, eventualmente, un intervento precoce, la funzione può essere ben presto ristabilita.

L'*eziologia* può essere riferita a: 1) Senilità; 2) Modificazioni patologiche (artrite, miosite, malattie acute infettive, arteriosclerosi, sifilide, tubercolosi, neoplasma); 3) Predisposizione fisiologica; 4) Occupazione; 5) Fatica; 6 Trauma (diretto od indiretto).

Per quanto riguarda il *meccanismo*, si deve tener presente che, sebbene lo strappamento possa aversi anche in stato di flaccidità, si verifica abitualmente quando il muscolo è contratto. Lo strappamento del muscolo può quindi avvenire: 1) Per azione muscolare: allo stato flaccido (contrazione degli antagonisti o stiramento passivo); nei muscoli in contrazione (per contrazione attiva del muscolo stesso o degli antagonisti, per eccesso della forza di trazione in confronto di quella di coesione, per contrazione asincronica di parti del muscolo stesso e per la forza addizionale di un altro muscolo);

2) per trauma esterno; 3) per torsione spirale dell'arto; 4) per degenerazione del muscolo per malattia.

Secondo Grassheim, la frequenza di tali strappamenti è maggiore per i muscoli del polpaccio; vengono in seguito gli estensori della gamba, il tendine di Achille e, da ultimo, l'estensore del pollice. Madyl ha raccolto 61 casi di strappamento del quadricipite e 57 del legamento patellare (118 casi, contro 103 di strappamenti degli arti superiori). Se si considerano anche i muscoli del tronco, si deve riconoscere che molti casi etichettati come lombaggine sono invece strappamenti nei muscoli profondi o della fascia.

L'A. riporta 15 casi di strappamenti interessanti:

1) *Gli estensori del ginocchio.* — Il meccanismo di produzione è duplice: il paziente sta per cadere e si mantiene in piedi con difficoltà ed in questo momento avverte uno strappo alla gamba e cade; oppure, cade sul ginocchio fortemente flesso provocando strappamenti dei muscoli o dei tendini oppure frattura della patella.

Si ha emorragia immediata nell'articolazione; la rotula ha una mobilità abnorme, l'estensione della gamba è limitata od impossibile.

Se lo strappamento è soltanto parziale, specialmente in persone anziane, si possono tentare le misure conservative; altrimenti, si interverrà al più presto, tenendo presente che, fra i muscoli dell'uomo, quello che più rapidamente si atrofizza è proprio il quadricipite; il massaggio e la faradizzazione dovranno pertanto iniziarsi al più presto.

2) *Flessori del ginocchio.* — Gli strappamenti del semitendineo sono molto rari e provocano subito sintomi articolari. Nel caso dell'A. il paziente si lamentava di dolore al ginocchio, che venne notevolmente migliorato con l'intervento, fatto nonostante si trattasse di un individuo vecchio e di scarsa salute.

L'A. riporta un caso di strappamento del capo interno del gastrocnemio, provocato da un movimento di torsione a piede fermo. Il paziente si lamentava di dolore al ginocchio e, fortunatamente, venne trattato per un anno con la cura conservativa. L'intervento chirurgico diede notevole miglioramento. In un altro caso, prodotto dallo stesso meccanismo, ma con rottura parziale, si adottò con successo la cura conservativa.

3) *Muscoli del polpaccio.* — Se ne ha lo strappamento, spesso insieme al plantare nei giocatori di tennis, quando saltano o stanno per saltare, oppure si voltano rapidamente tenendo ferma la gamba. Risentono l'impressione di avere ricevuto un colpo di pietra e cadono.

L'A. ha avuto occasione di vedere un caso di strappamento del plantare poco dopo che si era prodotto. Si trattava di un paziente operato dallo stesso A. qualche mese prima per frattura della rotula sinistra e che si recava da lui per farsi visitare; nel distaccarsi improvvisamente dal margine del marciapiede su cui si trovava, tutto il peso del corpo venne a gravare sulle dita del piede destro, sentì un vivo dolore al polpaccio e cadde a terra. All'esame, ecchimosi vasta della gamba destra, edema nella regione del polpaccio, dolorabilità alla pressione sul decorso del plantare e dolore alla flessione del plantare. Cura conservativa con massaggio e fasciatura compressiva; guarigione in 10-14 giorni.

4) *Tendine d'Achille.* — Lo strappamento è provocato da un subitaneo sforzo in forzata flessione dorsale del piede; le infezioni, specialmente la sifilide diminuiscono la resistenza del tendine; fattori più importanti sono l'età ed il peso eccessivo.

Nei 3 casi dell'A. si trattava: di una ragazza che, ballando lanciò in aria una gamba ed appoggiò tutto il peso del corpo sull'altro piede; di un uomo che rimase col piede impigliato fra i piuoli di una scala da cui era caduto, sicchè il piede venne violentemente e forzatamente flesso dorsalmente; di un individuo che correndo mise il piede in una buca e cadde in avanti. Tutti tre furono operati.

Nei casi di rottura incompleta, risponde bene il trattamento conservativo, fissando la caviglia in flessione semiplantare in modo che il tendine si trovi in stato di riposo; l'alzare il calcagno per un certo tempo dà un certo sollievo e rende il camminare meno incomodo. Si guardi però dall'applicare una fasciatura troppo stretta sul calcagno. Lo strappamento completo va trattato chirurgicamente.

fil.

Strappamento sottocutaneo bilaterale simultaneo dei legamenti rotulei.

(THIESBÜRGER. *Br. Beit. z. klin. Chir.*, vol 157, 1933).

L'A. indica con questo nome le interruzioni traumatiche bilaterali dei legamenti rotulei, che avvengono nella continuità dei legamenti stessi, e le distingue dagli strappamenti tendinei che avvengono nel punto di unione del tendine con l'osso e dalle fratture da strappamento, nelle quali sono interessati l'apice della rotula o la tuberosità della tibia.

L'A. ha raccolto dalla letteratura 10 casi del genere, ma solo nella metà di essi la diagnosi era stata accertata radiologicamente od operatoriamente.

L'A. aggiunge agli altri un caso personale. Si tratta di un uomo di 38 a., che aveva sofferto parecchi anni prima reumatismo articolare acuto; scivolando a ginocchia flesse dallo scalino di un tram, e tentando di rialzarsi bruscamente, avvertì un forte dolore alle ginocchia, e ricadde all'indietro. Le ginocchia si tumefecero rapidamente. Era impossibile il sollevamento della gamba dal letto. La rotula era abnormemente mobile in lateralità ed era

un po' sollevata; dato controllato radiograficamente. All'operazione eseguita dopo dieci giorni dal trauma fu rinvenuta una rottura bilaterale dei tendini rotulei che vennero suturati. Guarì perfettamente. A distanza di due anni la funzionalità era bilateralmente completa.

La rottura bilaterale dei legami rotulei può essere dovuta a traumi diretti o indiretti; la frequenza dei primi rispetto ai secondi è come 2:1. Perchè avvenga la rottura è necessario che l'agente causale agisca repentinamente in tutta la sua potenza, e che il tendine già disteso venga ancora stirato da una nuova trazione, d'ordine riflesso.

Nei traumi indiretti ha grande importanza insieme al fattore della repentineità, anche il rapido passaggio dalla posizione di flessione a quella di estensione; nei traumi diretti è di valore decisivo oltre all'azione dell'urto, la provocazione di un forte riflesso patellare. Tale meccanismo vale anche per le fratture rotulee e per gli strappamenti dei tendini quadricipitali.

Condizioni patologiche dei tendini rotulei che ne diminuiscono la resistenza, favoriscono la loro rottura.

La cura d'elezione nella rottura dei legamenti rotulei è quella operatoria. La astensione, pur essendo possibile la saldatura spontanea dei monconi con un tessuto di cicatrice, è seguita da disturbi che si compendiano in un grave danneggiamento della estensione e quindi nella difficoltà di eseguire salite.

P. STEFAFINI.

MALATTIE DEL LAVORO.

La pneumoconiosi nei lavoratori di barite.

(L. FECI. *Radiologia Medica*, maggio 1933).

Gli studi sulla pneumoconiosi si sono fatti più numerosi in questi ultimi anni parallelamente al maggior sviluppo ed all'importanza assunta dalla « Medicina del lavoro » ed all'intensificarsi della lotta antitubercolare, essendo ben nota l'influenza dannosa che l'inalazione di certe polveri ha nel favorire l'infezione tubercolare in certe categorie di lavoratori.

Un'osservazione fortuita ha spinto l'A. ad indagare se realmente anche nei lavoratori della barite si osservino delle alterazioni nell'apparato respiratorio, da porsi in conto al genere di lavoro cui attendono ed imputabili alla inalazione del materiale pulverulento; in altri termini se esiste una pneumoconiosi da barite e quali rapporti intercorrono fra questa eventuale forma di pneumoconiosi e l'infezione tubercolare. Un'inchiesta radiografica condotta su alcuni di questi lavoratori permette di affermare che in essi si rilevano delle immagini radiografiche che stanno a dimostrare come la inalazione di questo materiale pulverulento determina nei polmoni delle alterazioni sovrapponibili, nel loro insieme, ai quadri radiografici più noti della pneumoconiosi da altre polveri minerali. Probabilmente anche le lesioni anatomopatologiche saranno uguali e cioè rientrano nel quadro delle polmoniti interstiziali croniche similmente alle diverse forme etiologiche della pneumoconiosi, indipendentemente dall'entità del processo in se stesso e delle sue complicanze.

In un primo gruppo di 10 operai esaminati, la ricerca è riuscita positiva in sei e in questi si sono ritrovati i diversi aspetti con cui si appalesa radiograficamente la pneumoconiosi e cioè:

a) un quadro miliariforme, costituito da un'eguale disseminazione, in tutti e due i campi polmonari, di finissime immagini stellate di intensità d'ombra notevole;

b) quello più comune, di una marcata accentuazione delle strie bronco-linfo-vasali disseminate lungo l'ambito polmonare, associata ad iperplasia delle ombre ilari;

c) quello di una localizzazione prevalentemente ilare con ammassi di opacità quasi metallica e strie divergenti molto marcate;

d) infine degli agglomerati intraparenchimali multipli e ilari associati, pure di opacità calcarea.

Clinicamente tali soggetti non presentano nulla di particolare se si eccettua uno scarso espettorato mucoso al mattino.

In base a tali dati l'A. crede di essere autorizzato a concludere affermativamente sull'esistenza di una pneumoconiosi (che potrebbe denominarsi *baritinosi* nei lavoratori di baritina e derivati.

Per quanto riguarda i rapporti fra baritinosi ed infezione tubercolare, le ricerche sono ancora insufficienti a permettere delle conclusioni definitive. Da un'inchiesta sommaria espletata nel Reparto tubercolotici dell'Ospedale di Bergamo e nelle industrie della stessa provincia sembra si possa dedurre che l'inalazione di queste polveri non ha affatto azione predisponente all'insediarsi della infezione tubercolare, ma, forse, un'azione contrastante.

G. LA CAVA.

DIVAGAZIONI.

L'azione della luce e delle altitudini sull'organismo umano.

L'organismo umano è capace di adattarsi a nuovi climi reagendo con mutamenti fisiologici appropriati.

Dal punto di vista medico i fattori climatici che hanno maggiore importanza sono quelli inerenti alla durata ed all'intensità della luce solare e quelli inerenti alle varie altitudini sul livello del mare.

A. Ravina (*Presse Médicale*, 17 giugno 1933) passa in rassegna gli studî più recenti sulla azione dei climi assolati e di alta montagna sull'organismo e le relative deduzioni terapeutiche.

Il clima solare o molto luminoso si può trovare in certi deserti, sul mare e sulle alte montagne. Nei deserti il forte assolamento, la secchezza ed il calore sono realizzati al massimo, tuttavia l'azione del sole è ridotta dal pulviscolo di sabbia sospeso nell'aria. Sulle rive del mare e dei grandi laghi la luce solare è aumentata del 30-40 % in conseguenza della riflessione sulla superficie dell'acqua. Ma i climi nei quali l'azione della luce viene utilizzata in pieno sono quelli di alta montagna, al di sopra di 1500 metri, dove si trova il massimo di secchezza e di trasparenza dell'aria, l'assenza di fumo, di polvere, e di tutte le impurità che assorbono una gran quantità di raggi, sopra tutto quelli ultravioletti. Mentre sulla cima del Monte Bianco l'intensità dei raggi solari è diminuita solo del 6 %, al livello del mare lo è del 20-30 %.

La durata annuale dell'assolamento varia molto con le altezze: 1576 ore a 400 metri e 1857 ore a 1800 metri nella regione di Zurigo. La differenza è ancora più notevole se si considerano solo i mesi d'inverno: 215 contro 410. Da ottobre ad aprile si hanno 700 ore di sole a Saint-Moritz, 535 a Basilea e solo 300 ad Amburgo.

I raggi più attivi sono quelli che arrivano con un angolo che più si avvicina al retto. È per questo che certi versanti di montagna sono particolarmente favorevoli durante l'inverno.

Eguale interesse ha il calore dei raggi solari. In alta montagna il termometro può segnare — 10° all'ombra e +50° al sole. Così si spiega come ad altezze di 2000 metri si possa fare lo sport a corpo quasi nudo. Tuttavia l'aria non è mai così calda da riuscire molesta.

L'efficacia dell'assolamento è intensificata dalla riflessione della luce sulla neve e sui ghiacciai, la quale aumenta l'irradiamento del calore e la intensità della luce. Durante i mesi di marzo e aprile quando persiste ancora la neve ed il sole è già abbastanza alto i montanari presentano una pigmentazione molto marcata.

La pigmentazione solare è dovuta principalmente ai raggi ultravioletti. L'intensità di questi raggi è molto debole d'inverno, aumenta in primavera, raggiunge il massimo in estate e declina lentamente in autunno.

La differenza tra la temperatura dell'aria e l'intensità del calore solare è un elemento capitale dell'elioterapia in alta montagna. A livello del mare questa differenza è di soli 5 gradi, a 1800 metri è di tre volte più grande e a 3000 metri è dieci volte. Queste variazioni della temperatura esterna hanno un'influenza favorevole sulla salute: stimolano l'organismo producendo piccole reazioni della circolazione periferica, stimolano le funzioni di nutrizione e d'assimilazione aumentando la dispersione del calore del corpo.

Altri fattori importanti al clima di alta montagna sono la diminuzione della pressione e della densità dell'aria. A volume eguale la quantità di ossigeno è più piccola e per compensare questa rarefazione i polmoni devono respirare più frequentemente e più profondamente. Si ha così un'attivazione della funzione respiratoria e conseguentemente anche di quella circolatoria. La leggera diminuzione del tasso di ossigeno determina un aumento dell'acidosi sanguigna, che costituisce un eccitante di tutte le funzioni fisiologiche.

La secchezza dell'atmosfera e la bassa temperatura agiscono favorevolmente su i processi infiammatori essudativi. L'evaporazione è più rapida sia dalla superficie cutanea che dagli alveoli polmonari e quindi aumenta l'eliminazione dei prodotti tossici.

Altro fattore importante è la stabilità del clima di alta montagna. Le variazioni della pressione atmosferica non sono considerevoli e non apportano modificazioni fisiologiche.

L'efficacia terapeutica dei diversi fattori climatici dell'alta montagna è particolarmente notevole durante l'inverno, quando la purezza dell'aria, l'assenza di polvere, l'importanza dell'assolamento, la diminuzione della tensione dell'ossigeno hanno pieno effetto.

Il clima di alta montagna agisce specialmente su i processi infiammatori essudativi, sulle bronchiti asmatiche, sulle bronchiectasie, sulla tubercolosi.

L'asma guarisce all'altezza di 1500-1800 metri per la rarità di sostanze allergiche. Anche l'ipertiroidismo migliora, a meno che non vi siano controindicazioni per gravi disturbi della circolazione.

I diabetici, gli obesi, i sofferenti di disturbi gastro-intestinali si avvantaggiano dell'alta montagna.

Sono influenzate favorevolmente parecchie malattie del sangue ad eccezione dell'anemia perniciosa.

La paura di raffreddori non è giustificata. È risaputo anzi che nella stessa epoca è più facile raffreddarsi in pianura che in montagna.

Le cure di altitudine sono controindicate solo per i tubercolotici che presentano disturbi laringei e per i nervosi.

I disturbi circolatori e l'ipertensione non costituiscono controindicazione, tuttavia è meglio consigliare a tali malati altezze non superiori ai 1000 metri.

A quest'ultima altezza i fattori sono molto differenti. La temperatura è più stabile, l'azione del sole è meno efficiente, l'umidità dell'aria è relativamente notevole, gli annuvolamenti più frequenti, il tempo più incostante, mentre la purezza dell'atmosfera è quasi uguale a quella dell'alta montagna. L'azione nel suo insieme è più calmante che eccitante. Naturalmente la bellezza del paesaggio, la vita tranquilla, l'assenza di rumori sono anche essi fattori decisivi attraverso influenze psichiche.

Numerosi malati possono avvantaggiarsi della cura delle medie altezze: i tubercolotici, gli individui soggetti alle affezioni catarrali, ai raffreddamenti, all'angina, all'influenza, ai sofferenti di *postumi* di affezioni pleuro-polmonari acute, ai bronchitici cronici, ai convalescenti di ogni malattia acuta, agli affetti di morbo di Basedow, alle donne durante il climaterio. Le controindicazioni sono costituite dalle affezioni parossistiche: asma cardiaca, angina pectoris, embolie o trombosi vasali, ipertensione ed insufficienza cardiaca.

In complesso le cure di alta montagna hanno sopra tutto un'azione eccitante, ostacolano le infezioni aggiunte, mettono in riposo gli organi malati, stimolano le reazioni difensive dell'organismo.

Le cure di media montagna hanno piuttosto un'azione tonica e sedativa.

L'azione complessa esercitata sul sistema endocrino, sul sistema nervoso e sullo psichismo non è ancora ben nota, ma si hanno sufficienti elementi per le indicazioni delle varie altezze per ciascun gruppo di malattie e di malati.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

F. D'ONGHIA. *Biologia delle emozioni.* Editore L. Cappelli, Bologna. Prezzo L. 25.

L'A. fa una esposizione delle varie teorie localizzatrici dell'emozione (bulbare, talamica, corticale) delle emozioni, e delle loro relazioni con il sistema endocrino.

Espone il meccanismo fenomenico e produttivo delle emozioni, riportando queste alle manifestazioni più semplici della vita.

Uno speciale capitolo è dedicato alla cenestesi ed alle sue variazioni. DR.

E. MORELLI. *Sindromi oculo-simpatiche.* Casa Editrice Giardini, Pisa. Prezzo L. 40.

Questo grosso volume rappresenta una trattazione completa, esauriente di quanto fino ad ora si conosce sulle relazioni tra il sistema neurovegetativo e l'occhio.

Dopo un'ampia esposizione dell'embriologia ed anatomia del sistema neurovegetativo, dei suoi rapporti anatomici e funzionali con le varie parti dell'occhio, sono passate in rassegna le varie affezioni primitive e secondarie del simpatico che si manifestano con alterazioni o disordini dell'organo visivo.

Si tratta di una pubblicazione veramente interessante ed utile. DR.

R. CLAOUÉ. *Le nystagmus vestibulaire et les réactions de mouvements.* Editore Maloine, Parigi.

È la seconda edizione di un piccolo volume nel quale sono descritte le modalità ed i modi di provocare il nistagmo, nonchè la sua importanza semeiologica nelle affezioni del labirinto. G. D.

L. R. MÜLLER. *Die Einleitung des Nervensistems nach seinen Leistungen.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo Mk. 6,80.

Breve e succosa descrizione delle varie parti del sistema nervoso e delle rispettive funzioni. Numerose illustrazioni molto chiare completano e rendono più comprensivo il testo. G. D.

G. ROBIN. *L'épilepsie et la constitution épileptoïde chez l'enfant.* Editore G. Doin, Parigi. Prezzo Fr. 18.

Esiste un'epilessia senza crisi convulsive, e che può manifestarsi con piccoli fatti spesso non convenientemente valutati: instabilità, turbolenza, collere impulsive, violenze, obnubilazioni intellettuali, crudeltà, incontinenza notturna di urina, sonnambulismo.

L'avvenire dei ragazzi che presentano tali

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

disordini dipende spesso dal tempestivo interessamento portato su di essi.

Tutto ciò che può essere attribuito a difetti o a vizi, va invece riferito a costituzione morbosa. Quindi il medico deve integrare l'educatore, la medicina riesce lì dove l'insegnamento fallisce. Dr.

J. Lacan. *De la psychose paranoïcque dans ses rapports avec la personalité*. Editore Le François, Parigi. Prezzo Fr. 50.

L'A. passa in rassegna tutte le concezioni nosografiche e patogenetiche della paranoia, concezioni che hanno tentato di identificare il carattere essenziale di questa malattia senza mai sboccare in idee soddisfacenti.

La paranoia per l'assenza di ogni altro deficit mentale, per l'assenza di ogni manifestazione organica rimane la più enigmatica delle malattie psichiche.

L'A. espone un suo originale punto di vista che riporta la paranoia ad un'anomalia particolare della personalità nelle sue relazioni con l'ambiente sociale.

Si tratta di un tentativo interessante che rivela nell'autore una vasta cultura ed un fine intuito psicologico. Dr.

G. Guillain e P. Mollaret. *Les séquelles de l'encéphalite épidemique*. Editore G. Doin, Parigi. Prezzo Fr. 28.

Questa monografia da un quadro completo delle sindrome morbose che possono seguire all'encefalite epidemica.

È noto come questa affezione soglia dare le più tristi sorprese. Essa può lasciare tracce impressionanti quanto invalidanti: disordini motori, tonici, sensoriali, endocrini, vegetativi e psichici.

Il riassunto di questo nuovo capitolo della patologia è fatto dagli autori in modo chiaro e completo. Dr.

G. de Parrel. *Rééducation psychothérapique*. Editore G. Doin, Parigi. Prezzo Fr. 20.

Sono passati in rassegna i vari metodi di educazione degli individui che presentano una qualsiasi rottura dell'equilibrio mentale e nervoso, ossia degli psiconeurotici.

L'A. espone dettagliatamente e con indirizzo affatto pratico la tecnica di tali metodi, che hanno una speciale indicazione per ciascuno degli stati morbosi. Dr.

E. Signoris. *Punti di vista scientifico-positivi*. Tipografia Editrice « Minerva », Torino. Prezzo L. 15.

È una serie di scritti su argomenti psicologici, filosofici e religiosi di palpitante interesse.

Si leggono con viva soddisfazione per l'audacia e la sincerità delle opinioni liberamente affermate e chiaramente dimostrate. G. D.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Chirurgia.

Seduta del 26 maggio 1933.

Presidenza: Prof. Mario Donati.

Contributo allo studio della pneumatosi cistica dell'intestino. Linfopneumatosi cistica stenosante del cieco.

Ciocca E. — L'O. presenta un caso di linfopneumatosi cistica stenosante del cieco. L'O. distingue la pneumatosi del tenue da quella del grosso intestino. Dal punto di vista patogenetico ritiene la malattia dovuta a un processo di biochimica bacterica (fermentazione) evolventesi al di là dell'epitelio intestinale. La forma è benigna e tende alla guarigione spontanea, il criterio demolitore dev'essere di necessità ispirato dalla presenza di profonde alterazioni delle pareti intestinali.

Discussione: Pepere, Zoja, Donati, Castiglioni, Bilello.

Clerici Bagozzi U. e Amodeo Nicolò. — *Lesioni precancerose. La leucoplachia buccalis.*

Discussione: Donati, Pepere.

Fratture misconosciute del rachide e M. Kümmel.

Ettorre E. — L'O. riferisce su 27 casi di f. m. del rachide osservati nell'Ospedale Bergmannsheil di Bochum, mettendo in evidenza gli elementi che concorsero a far passare inosservate tali lesioni, fra cui in primo luogo la contrattura muscolare, che, fissando la colonna in lordosi, tende a scaricare il corpo leso. Fino a che non subentra un'insufficienza muscolare l'i. può compiere anche movimenti e in qualche caso lavorare. L'O. mette in rapporto tali reperti con la sindrome di Kümmel, che non ha ragione di sussistere come entità morbosa a parte, tranne per quei casi e discutibili casi di effettiva malacia di qualche corpo vertebrale, che non si possono riferire alle solite cause ed in cui manca il trauma violento.

Quanto alla cura l'O. ritiene che rispettando l'incuneamento e lasciando l'infermo a letto si ottenga una guarigione più rapida; quanto al metodo Böhler, è del parere che dia risultati buoni solo quando l'i. sia in grado di compiere gli esercizi necessari ad evitare l'atrofia muscolare.

Discussione: Donati.

Metastasi cerebrali singolarmente tardive di cancri mammari nell'uomo.

Costantini P. — L'O. descrive due casi di metastasi all'encefalo consecutive a cancro della mammella in due soggetti maschi. Mette in evidenza il fatto che ambedue questi carcinomi mammari abbiano dato metastasi al tessuto nervoso encefalico mentre invece il carcinoma mammario nelle donne è solo eccezionalmente seguito da una tale diffusione e che tra l'asportazione dei tumori primitivi e la comparsa dei segni clinici parlanti a favore delle metastasi cerebrali, trascorse un tempo notevolmente lungo (4 anni).

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 22 giugno 1933.

Presidente: Prof. Nicola Pende.

Influenza del simpatico sulla funzione sessuale maschile.

Prof. N. Pende. — L'O. comunica ricerche cliniche le quali dimostrano che gli stati di prepon-

deranza simpatica sull'equilibrio nervoso vegetativo (ipertesi essenziale, diabetici, soggetti con angiospasmi, basedowiani ed ipertiroidei in genere) si associano in un gran numero di casi a fatti permanenti o periodici d'impotentia coendi. L'O. fa notare che mentre si conosce bene l'azione vasodilatatrice attiva del parasimpatico sacrale (nervi pelvici ed erigenti) nella funzione sessuale, non si conosce affatto l'azione del simpatico sensu strictiori che certamente arriva agli organi genitali. Non è improbabile che al simpatico, come in altri territori viscerali, spetti un'azione vasocostrittrice ed inibitrice dell'erezione e dei fenomeni neurochimici in genere connessi all'atto sessuale. Così potrebbe spiegarsi il complesso delle osservazioni cliniche su accennate: i soggetti a preponderanza simpatica facilmente *inibiti* sopratutto per fattori emotivi, nel compimento dell'atto sessuale. L'O. con la collaborazione dei proff. Durante e Antognetti sta ora studiando la possibilità sperimentale di isolare nei rami comunicanti che discendono dal midollo lombare e nel nervo presacrale vie nervose la cui sezione favorisca l'erezione e la cui stimolazione inibisca l'erezione stessa. Se tali ricerche arriveranno a risultati positivi si potrà anche sperare in una terapia chirurgica simpaticolitica dell'impotenza maschile, specialmente in quelle forme della medesima che consistono in mancanza o debolezza dell'erezione.

L'O. ricorda l'osservazione dei chirurgi che si sono occupati nella donna della resezione del nervo parasacrale: a questa resezione si è visto poco dopo seguire quasi sempre il flusso mestruale, anche quando questo avrebbe dovuto normalmente verificarsi assai più tardi nella donna. Ora il nervo presacrale è ricco di fibre simpatiche, forse antagoniste del nervo pelvico, la cui ipereccitazione è il fattore immediato della emorragia mestruale.

Reazione individuale alla introduzione per via parenterale di emazie eterogenee nell'uomo sano e in condizioni patologiche.

Prof. A. Luzzatto. — L'O. fa una rapida disamina dei metodi usati in clinica per indagare la efficenza dell'apparato reticolo-istiocitario; rileva come alcuni tra questi diano scarso affidamento di esattezza, altri sieno, se non pericolosi certamente spiacevoli per il paziente, e ritiene che sia questa una causa per cui le numerose nozioni acquisite intorno al S. R. E. non abbiano dato ancora nella clinica un complesso sicuro di conoscenze adeguate a quello, e a questo riguardo per es. raggiunto dall'anatomia patologica.

Poichè tra le funzioni attribuite al S. R. E. una di quelle universalmente riconosciutegli come proprie è la produzione di anticorpi di terzo ordine (impregiudicato se questi sieno un vero e proprio prodotto attivo, di reazione all'antigene, o un prodotto di digestione dell'antigene stesso), l'O. da tempo usa un metodo proprio consistente nel saggiare nei singoli individui la capacità di formazione delle emolisine in seguito a vaccinazioni ripetute con globuli rossi di coniglio.

Espone la tecnica seguita, e i risultati raggiunti nell'osservazione su soggetti sani e su malati acuti e cronici di varie forme morbose. L'O. rileva che se anche l'avvenire dovesse di nuovo far dubitare che il S. R. E. sia il formatore delle citolisine, il complesso dei poteri formatori di queste sarebbe ugualmente col suo sistema indagato; è questa che egli chiama prova funzionale dei poteri di reazione a stimolo di cellule eterogenee, potrebbe forse dare un indizio della capacità individuale di resistenza a taluni insulti morbosi, particolarmente tra quelli infettivi rappresentare quindi un mezzo per indagare nei singoli soggetti questa importante attitudine costituzionale come per studiare i rapporti tra questa capacità e il decorso delle singole forme morbose.

La vaccinazione non dette mai luogo ad inconveniente alcuno; anzi l'O. segnala la possibilità che essa costituisce un mezzo terapeutico, in quanto oltre alla introduzione di proteine eterogenee, che possono costituire una terapia di stimolo, con questo mezzo s'introducono cellule formate, la necessità di distruggere le quali rappresenta forse uno stimolo molto opportuno e terapeuticamente efficace.

A proposito di tonsillectomia nell'adulto.

Dott. S. Richeri. — Intento di questa comunicazione è di esporre alcuni rilievi che vengono suggeriti dall'esame della numerosa statistica di tonsillectomie totali eseguite col metodo chirurgico durante questi ultimi anni nella Clinica Otorinolaringoiatrica della R. Università di Milano diretta dal prof. U. Calamida.

Dopo aver riassunto le indicazioni e le controindicazioni alla tonsillectomia nell'adulto l'O. dà alcuni cenni sulla tecnica secondo il metodo *così detto chirurgico*, quale trovasi descritto nei maggiori trattati di tecnica chirurgica Otorinolaringoiatrica.

Riporta quindi in una tabella un totale di 404 tonsillectomie, statistica della Clinica di Milano, divise secondo l'indicazione, l'età, ecc. Riferisce poi alcuni casi tratti dalla sua statistica personale di tonsillectomie, i quali presentano particolare interesse sia per l'esito della malattia generale che aveva indicato l'intervento sia anche per la questione della cosidetta *tonsillectomia a caldo*. Dopo brevi considerazioni conclude affermando l'utilità di praticare la tonsillectomia chirurgica totale in tutti quei casi nei quali sia ben accertata la sepsi focale tonsillare e in special modo quando già vi sieno segni di compartecipazioni locali e generali.

A proposito di tonsillectomia col metodo dello Sluder.

Dott. L. Ciurlo. — L'O. ha esposto alcuni rilievi desunti dalla numerosa statistica di tonsillectomia praticate col metodo dello Sluder, nella Clinica Otorinolangoiatrica di Milano ed ha provato come il metodo dello Sluder sia quello da preferirsi quando occorra eseguire una tonsillectomia in giovani soggetti, ciò per la facilità e la rapidità dell'esecuzione, per la scarsa emorragia che in genere si determina ed infine per la benignità del decorso post-operatorio.

Prof. U. Erede. — L'O. riferendosi alle norme tecniche suggerite dal Poincloux per la vaccinazione regionale in ginecologia, e basandosi sui primi risultati delle ricerche intorno alla organotassia, ha escogitato un metodo di opoterapia regionale scevro di pericoli e che sembra destinato a facilitare l'assunzione di preparati opoterapici nel trattamento delle ipofunzioni genitali femminili.

Il Segretario: A. Muggia.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 17 giugno 1933.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

Curve a tipo blastomatoso nel liquor alla prova colloidale del bleu di Berlino.

V. M. BUSCAINO. — La reazione colloidale del bleu di Berlino (Kirchberg-Santangelo-De Giacomo) permette di differenziare nel liquor, oltre le curve luetiche e quelle meningitiche, due curve « a tipo blastomatoso » — curva A con flocculazione nella 5ª e 6ª provetta; curva B, con flocculazione nella 5ª, 6ª e 7ª provetta —, *non specifiche*, ma frequenti *in primo luogo* per sindromi compressive intracraniche ed intrarachidee con localizzazione del focolaio o dei focolai *blastomatosi* nell'encefalo, nel midollo spinale, nei tronchi nervosi intratecali, nelle meningi. Tali curve particolari non sono state notate nelle sindromi compressive del midollo spinale da blastomi o da focolai tubercolari *della colonna vertebrale*. Rappresentano un nuovo sintomo « umorale » di blastomatosi intracranica ed intrarachidea; costituiscono, talvolta, l'unico reperto positivo nel liquor.

Stenosi mitralica con enorme ingrandimento dell'atrio sinistro.

Prof. S. FICHERA. — Si riferisce su un caso di enorme dilatazione dell'orecchietta sinistra in conseguenza di un modico grado di stenosi mitralica.

L'orecchietta sinistra aveva subito un ingrandimento verso destra, aveva coperto e schiacciato in parte l'orecchietta destra sovrapponendosi ad essa e aveva costituito il margine destro della ottusità cardiaca enormemente ingrandita. Non si avevano in vita segni di compressione degli organi mediastinici. Sola compressione era quella del bronco inferiore del polmone destro che aveva provocato la atelettasia del lobo polmonare relativo.

Prof. G. LINO. — *Actinomicosi sperimentale della cistifellea.*

Azione ipoglicemizzante del glucosio nell'iperglicemia postnarcotica.

Prof. G. LINO. — L'O. con ricerche sperimentali originali ha trovato che la iperglicemia postnarcotica non ha luogo se alla fine della narcosi si inietta del glucosio. Avendo in altre ricerche originali già rese note trovato che l'iperglicemia di acidosi sperimentale egualmente non ha luogo con iniezioni di glucosio, considera l'iperglicemia post-narcotica come una reazione biologica di difesa all'acidosi post-narcotica.

Contributo alla casistica di fibromiomi e gravidanza.

Prof. E. SCALIA. — L'O., passate in rassegna le condizioni per cui non tutti i casi di associazione di fibromi e gravidanza capitano alla osservazione dell'ostetrico, espone un caso da lui operato, in cui fu il sintoma preminente: *dolore in sede del tumore*, che portò la paziente alla sua osservazione. Detta paziente, dismenorroica e sterile nel passato, non sapeva di essere incinta. Per i dati anamnestici del caso, mette in guardia dalla pratica generica della dilatazione cervicale e raschiamento, per la cura della sterilità con dismenorrea, e fa rilevare come il dolore in sede di fibromioma in utero gravido debba far pensare alla incipiente necrobiosi del tumore, per cui è indicata l'asportazione di esso in gravidanza.

Sul metodo di Louis Drosin per favorire il distacco della placenta.

Prof. E. SCALIA. — L'O. descrive e raccomanda la posizione di accoccolamento sul dorso di Louis Drosin per favorire, laddove non vi siano tenaci aderenze, di placenta, il secondamento.

Rottura intempestiva del sacco. Giri di funicolo.

Dott. A. CONSOLI. — L'O. ha rilevato, attraverso gran numero di parti, come spesso alla presenza di giri di funicoli al collo del feto, si associ una rottura precoce del sacco. Ne fa risalire il meccanismo di azione alla brevità relativa del funicolo, che impedisce l'impegno profondo della testa ed alla mancanza del movimento di iperflessione di questa all'inizio del travaglio.

Fa notare quanta importanza abbia tale sintomo per la previsione dei giri di funicolo e la prevenzione di asfissie fetali.

Complessi sintomatici pellagrosi non maidici.

Dott. L. PONTONI. — L'O. espone 3 casi di complesso sintomatico pellagroso in soggetti che non si erano nutriti di mais, ne discute la sintomatologia e ne propone la distinzione dal complesso pellagroso vero e proprio.

Sulla distaccabilità della mucosa del seno mascellare.

Dott. G. B. FORNARI. — L'O. dopo aver messo in rilievo l'importanza della distaccabilità della mucosa del seno mascellare nella patogenesi del prolasso di questa mucosa, comunica le sue ricerche eseguite a tale riguardo sui seni mascellari di dieci cadaveri. L'O. ha trovato che la mucosa della parete orbitaria si distacca più facilmente, segue poi quella della parete posteriore ed anteriore ed in ultimo della mediale che presenta una forte aderenza in prossimità e sull'ostio mascellare. Seguono alcune deduzioni cliniche.

Il Segretario: G. DI MACCO.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 10 giugno 1933.

Presidenza: Prof. PAOLO GAIFAMI.

Sull'equilibrio proteico del sangue dopo sforzo del cuore in cardiaci compensati.

Dott. A. MILELLA. — L'O., riportandosi a sue precedenti ricerche sull'etiopatogenesi dell'endema cardiaco ha ricercato l'equilibrio proteico dopo sforzo del cuore ottenendo nei cardiaci compensati modificazioni (aumento delle proteine totali, aumento delle albumine, aumento delle globuline, aumento del quoziente proteico) che mentre non ripetevano le variazioni apparse negli individui normali (aumento delle proteine totali, delle albumine e del quoziente proteico, diminuzione delle globuline) si avvicinavano a quelle dei cardiaci in istato di scompenso.

Le variazioni dell'equilibrio proteico apparso nel siero di sangue degli individui che appena avevano superato il compenso ripetono, dopo sforzo, nettamente quelle dei cardiaci scompensati con edemi ed inoltre le variazioni dell'equilibrio proteico degli epato-pazienti a cuore sano riproducono dopo lo sforzo, le variazioni notate nei cardiopatici appena superato il compenso (aumento delle

globuline, diminuzione delle albumine, diminuzione del quoziente proteico).

Da questi dati e premessa la formazione delle proteine funzione essenziale del fegato, l'O. crede si possa per la identicità dei reperti ottenuti nei cardiopatici compensati e negli epatopazienti a cuore sano ricondurre il fenomeno osservato, e cioè, l'invertito equilibrio proteico, ad una disturbata proteinogenesi dovuta a disfunzione della cellula epatica.

Su tre casi di osteoartrite sifilitica tardiva deformante.

Dott. V. MASELLI. — L'O. descrive tre casi di osteoartrite giovanile deformante dell'anca in soggetti luetici e dopo essersi intrattenuto sull'anatomia patologica delle artropatie sifilitiche tardive e sulla diagnosi differenziale dei suoi casi giunge a concludere:

1) che l'osteoartrite deformante infantile e giovanile frequentemente rappresenta un appannaggio agli individui eredoluetici;

2) che per la diagnosi di un'osteoartrite sifilitica e per la valutazione delle concause di altra natura bisogna tenere in massimo conto, accanto alla sintomatologia oltre alla reazione Wassermann, la Citochol, praticata sia sul siero di sangue, sia sul liquido endoarticolare, quando ne è possibile il prelievo;

3) che sempre al fine di una giusta diagnosi differenziale bisogna non lasciare inosservato lo stato generale buono di nutrizione del paziente, contrastante con il lungo e subdolo decorso del malato. In qualche caso un miglioramento dei fatti dolorosi locali ottenuti con un'opportuna cura antiluetica può servire ad indirizzare verso la giusta natura della malattia;

4) che infine secondo l'O. dallo studio resta confermato il fatto che l'osteoartrite luetica congenita ed acquisita dall'anca, può presentare quadri variabilissimi che spesso sono confondibili con quadri di altre forme osteoarticolari, e che da localizzazioni inizialmente monoarticolari, si può giungere in breve tempo ad alterazioni poliarticolari e simmetriche, per assumere, in qualche caso un vero decorso morboso sistematizzato e poco suscettibile di cure.

Contributo alla patogenesi ed alla clinica delle polisinusiti con complicanze orbitarie.

Dott. G. RUSSO FRATTASI. — L'O., dopo aver esposto una serie di osservazioni cliniche ed anatomo-patologiche di polisinusiti croniche con complicanze orbitarie, sostiene che nella patogenesi di questa infezione ad andamento cronico, spetti, per una ragione essenzialmente anatomica, il primo posto al seno etmoidale, che in genere è seno-base delle polisinusiti, e che nella genesi di esse polisinusiti sia da vagliare precipuamente le alterazioni anatomiche e congenite o acquisite a carico del setto e dei turbinati, condizioni che favoriscono grandemente lo sviluppo delle forme a decorso latente.

Le metrorragie negli aborti interni.

Dott. A. QUAGLIATI. — L'O., in base a ricerche personali, ritiene che dopo la morte dell'uovo e durante la sua prolungata ritenzione si determinino per il cessato stimolo alla irrorazione gravidica lesioni degeneratrici nella parete dell'utero e nei suoi vasi con riduzione e scomparsa di essi. Le lesioni riscontrate fanno pensare all'inizio dei fenomeni involutivi puerperali a cui sarebbero dovute le possibiltià dell'espulsione di uova morte con perdita minima di sangue e viceversa di stati di atonia uterina a cui sarebbero da attribuire anomalie del secondamento e metrorragie pp.

Poichè dalle osservazioni cliniche risulta che la percentuale degli incidenti non è maggiore che dopo l'espulsione di uova vive, l'O. ritiene dal lato pratico della terapia, più opportuno attendere lo spontaneo insorgere del travaglio anzichè determinarlo con mezzi ecbolici; per non interrompere l'involuzione uterina che coll'obliterazione dei vasi sanguigni tende a ridurre ad un minimo la perdita di sangue che accompagna il parto o l'aborto.

Intorno ad un caso di probabile ermafroditismo vero dell'uomo.

Dott. L. BOGLIOLO. — In seguito alla osservazione di un caso l'O. conclude che l'ermafroditismo vero può alcune volte essere diagnosticato clinicamente quando nel medesimo individuo siano contemporaneamente dimostrabili segni della funzione testicolare (erezione, ejaculazione, orgasmo) ed ovarica (mestruazioni ed equivalenti di essa).

Lo stato attuale delle conoscenze sulla trasmissione della leishmaniosi.

Dott. L. BOGLIOLO. — In base ad uno studio della letteratura sulla trasmissione della leishmaniosi l'O. conclude che non sono ancora conosciuti l'agente ed il modo con cui queste malattie si propagano.

È sua convinzione che un cambiamento dell'indirizzo delle ricerche, ed il portare la osservazione su un campo più vasto, possa riuscire utile per la miglior conoscenza del problema.

L'amebiasi nelle Puglie.

Dott. A. MILELLA. — L'O., dopo aver rapidamente esaminato il quadro nosologico dell'amebiasi quale oggi si presenta e le numerose ricerche fatte dai diversi autori in Italia in questi ultimi anni, espone i risultati ottenuti dall'ambulatorio gratuito per gli studi sull'amebiasi istituito dal direttore della Clinica Medica della Regia Università di Bari, Luigi Ferrannini, dal febbraio 1932 ad oggi.

Gli ammalati esaminati ed aventi turbe enterocoliche furono 255, e 80 quelli non aventi nessuna manifestazione a carico del tubo digerente.

75 furono positivi per le varie forme parassitarie, fra le quali figurano la lamblia intestinalis, l'entamoeba coli, il cercomonas, il tetramitus, ecc. La entamoeba histolytica figura, in 24 casi, fra cui ascessi polmonari, epatiti e forme a carattere dissenterigene; alcuni individui invece erano portatori dell'amoeba histolytica senza avere avuta nessuna manifestazione intestinale.

Dopo avere esposta brevemente la tecnica per potere ottenere nelle migliori condizioni reperti positivi, richiama l'attenzione sulla diffusione della sopradetta infezione che prima di queste ricerche era assolutamente ignorata nella Regione.

Dott. R. ATTIMONELLI. — *Sulla paraimmunità tra tubercolosi e carbonio.*

Dott. SARDONE. — *La rappresentazione motoria della mano nella sostanza grigia spinale.*

Il Segretario: GARGASOLE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Due casi di leucemia monocitica.

Nel 1913 Reschad e Schilling Torgau descrivevano una « nuova leucemia » caratterizzata dalla presenza nel sangue di numerose cellule che da Naegeli e Pappenheim furono ritenute monociti. Oggi Naegeli in una revisione dei casi finora pubblicati conclude che si tratta di una monocitosi associata con iperplasia mieloide dei tessuti.

J. W. Orr (*The Lancet*, 25 febbraio 1933) ne descrive due casi: nel primo la conta dei leucociti dava valori normali, il che non è raro a verificarsi specie nelle cosidette « fasi aleucemiche ». In ambedue i casi il tipo cellulare è lo stesso: i suoi caratteri morfologici, la colorazione vitale e in un caso l'ingestione di eritrociti provano che si tratta di cellule monocitiche.

Clinicamente si notò nei due casi l'inizio subdolo, l'ingrandimento del fegato, ma non della milza; all'autopsia si rilevò l'interessamento delle linfoghiandole, l'iperplasia del midollo, la presenza di ulcerazioni nel canale digerente, la siderosi del fegato, della milza, del midollo osseo, delle linfoghiandole e finalmente alterazioni degenerative della ghiandola tiroide. Qust'ultima osservazione potrebbe avere importanza per spiegare la eziologia di questa forma morbosa. E. CARLINFANTI.

Un caso di leucemia mielogena polinucleare senza splenomegalia.

Emile Weil descrive un caso di leucemia, in cui — accanto ad una elevazione notevolissima del numero dei globuli bianchi (circa 100.000) — non si notava la presenza di forme immature, all'infuori di qualche mielocito e di qualche emazia nucleata: i polinucleati maturi erano invece nettamente aumentati.

La milza non era ingrandita alla percussione e si palpava a stento sotto l'arcata nelle profonde ispirazioni.

L'A. discute (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 23-IV-1933) la diagnosi e fa rilevare che l'utilità presentata dalle iniezioni di sali di tario (ixium) rappresentava un'ulteriore conferma al concetto che si trattasse di una leucemia: rivendica a sè la priorità della descrizione di queste forme morbose: ricorda che la leucemia senza splenomegalia può osservarsi sia nel periodo iniziale delle forme mieloidi classiche, sia nelle recidive dopo un'intensa cura di raggi.

Ricorda che la prognosi di queste forme deve essere molto cauta, dato il pericolo che esse sbocchino, da un momento all'altro, in una forma acuta. V. SERRA.

Un caso di linfadenia leucemica da benzolo.

È nota l'azione di benzolo sugli organi emopoietici, specialmente sulla serie leucocitaria; tale sua proprietà è stata sfruttata per la terapia delle leucemie; nei casi così trattati avviene di solito uno spostamento della formula a vantaggio della serie linfocitica.

Degno di nota per lo studio dell'azione di benzolo si presenta il caso (secondo nella letteratura) comunicato da E. Tarejew e N. Nikulenko (*Vracebnoje Delo*, 1933, n. 1); in esso una intossicazione cronica da benzolo ha provocato (in un operaio dell'industria di caucciù) il quadro tipico di linfoadenosi leucemica. L'infermo migliorò alquanto con la röntgenterapia; ma il maggior successo si ottenne proprio colla terapia benzolica.

Basandosi sullo studio del caso gli AA. osservano che l'origine infettiva della leucemia è da considerarsi esclusa; viene invece avvalorata la teoria di Ziegler, il quale considera la comparsa di leucemia quale risultante di una turbata correlazione fra i singoli elementi dell'emopoiesi.

Per quanto riguarda l'azione curativa di benzolo che sembrerebbe paradossa dato che esso è stato la causa della malattia, la spiegazione si troverebbe nella differenza d'azione di dosi eccitanti o inibenti; un esempio analogo si ha nella röntgenterapia applicata con successo nelle leucemie dei radiologi. S. MINZ.

Il trattamento delle anemie.

P. Morawitz (*Deut. Med. Wochens.*, 1933, n. 15) fa una rivista critica dei vari metodi di trattamento delle anemie, specialmente contrapponendo quelli classici (ferro arsenico) ai più moderni (fegato). Secondo l'A., i casi refrattari alla cura epatica, quando questa sia ben condotta e non esista anche un'altra malattia che impedisca il successo, sono molto rari. Una parte degli insuccessi si deve alle dosi troppo piccole; si tratta di una cura che non va nè tralasciata, nè diminuita. Raramente si ottengono con essa notevoli miglioramenti nelle malattie sistemiche del midollo spinale. Il fatto che vi sono dei malati con gravi fenomeni sistemici senza una pronunciata anemia, mentre in altri si hanno per lunghi anni gravi anemie con pochi o punti segni nervosi indica che le cause dei disturbi nervosi e di quelli anemici sono diverse. In pratica, è oggi necessario opporsi alla comparsa dei fenomeni spinali con una dose elevata di prodotti epatici che si introducono per via parenterale.

La trasfusione sanguigna è necessaria soltanto nei pazienti con anemia perniciosa e con scarsissimo contenuto emoglobinico (sotto il 20 %). Non si può però fare a meno della trasfusione nel trattamento delle gravi anemie postemorragiche, in quelle torpide del tipo secondario, refrattarie alle altre terapie, nell'anemia pseudoleucemica infantum e nelle forme aplastiche. Il meccanismo di azione della trasfusione non deve considerarsi limitato

all'impianto di eritrociti estranei, ma anche come incitamento ai tessuti emopoietici e ad inibizione dell'emolisi.

Anche la terapia ferruginosa, oggi grazie a nuove ricerche, ha riguadagnato terreno, specialmente per l'anemia acloridrica e le anemie postemorragiche, con l'uso di preparati bivalenti ad alte dosi (1-3 grammi al giorno).

L'indicazione principale dell'arsenico, che oggi viene quasi del tutto trascurato nel trattamento delle anemie, è data dalle malattie leucemiche, in cui lo si somministra per via parenterale ad alte dosi.

In nessuna forma di anemia è consigliabile, secondo l'A., la somministrazione di piccole quantità di ferro con piccole dosi di arsenico. Per quanto riguarda i preparati di rame nella cura delle anemie degli adulti, mancano ancora esperienze convincenti. *fil.*

Il trattamento delle anemie gravi.

La terapia epatica delle anemie ha fatto passare in seconda linea quella ferruginosa. G. Fonés e L. Thivolle (*Le Sang*, 1933, n. 3-5) riprendono lo studio del problema quale si presenta dopo le più recenti ricerche sperimentali.

Normalmente, il ferro organico alimentare è in parte jonizzato sotto l'influenza della digestione gastrica e trasformato in jone ferroso, che viene assorbito nell'ambiente acido duodenale e non lo è più nelle parti basse dell'intestino. Ora, il rifornimento in ferro è necessario nelle anemie, ma non può farsi soltanto per via alimentare. Gli spinaci freschi, che pure appartengono ai cibi più ricchi di ferro, non ne contengono che mg. 1,53 per 100 grammi. Per dare 50 mg. di ferro, bisognerebbe costringere il paziente ad ingerire tre chilogrammi di spinaci!

È quindi necessario ricorrere alla vera terapia marziale, la quale deve essere fatta secondo gli AA. non già per via sottocutanea, che è inefficace, ma per via orale. Teoricamente, il percloruro, il solfato, il protossalato di ferro possono essere usati con identici risultati. Praticamente, però, l'intolleranza digestiva è frequente; meglio tollerato, ma meno attivo, il ferro ridotto. Le dosi devono essere di 50-100 mg. di ferro-metallo al giorno.

Per via digerente, gli AA. preferiscono il caseinato ed il solfocianato di ferro che, alla dose di 40 mg. di ferro-metallo al giorno, hanno dato risultati notevoli, che vengono migliorati con l'aggiunta di caseinato di rame.

Quando, all'ingestione di caseinato di ferro e di rame, si aggiungano le iniezioni simultanee di triptofan e di istidina, si ottiene un ricupero di emoglobina superiore del 70 % a quello del solo caseinato di ferro.

L'elaborazione coordinata dell'emoglobina rende necessaria la presenza di quattro fattori: ferro, rame, triptofan ed istidina; la presenza del rame, indispensabile per l'elaborazione massima dell'emoglobina, non sembra che sia tale per le emazie, a cui occorrono invece il ferro e specialmente il triptofan e l'istidina. *fil.*

Osservazioni sulla gastro- ed epatoterapia nell'anemia perniciosa.

V. G. Baroni e A. Costa hanno esperimentato la gastro- e la epatoterapia in 6 casi di anemia perniciosa e in 2 casi di anemia secondaria, notando che gli effetti terapeutici della somministrazione di stomaco sono di gran lunga inferiori a quelli ottenuti con l'epatoterapia. Tali risultati, ottenuti sia con stomaco fresco, che però veniva fornito salato dal mattatoio, sia con polveri di stomaco (Ventraemon), concordano con gli scarsi risultati ottenuti da altri AA., ma sono in contrasto con i numerosi dati favorevoli da molte parti comunicati.

Gli AA. ritengono che i risultati negativi o insufficienti siano da ascrivere o all'avvenuta salatura degli stomaci o alla particolare preparazione farmaceutica dello stomaco essiccato, essendo dimostrato che molti preparati sono di effetto curativo incostante o del tutto nullo. Per questi fatti lo stomaco dimostra una netta inferiorità pratica di fronte al fegato. Esso è di difficile acquisto, non si conserva fresco in natura, è poco bene accetto agli ammalati e il suo principio antianemico è estremamente labile. C. TOSCANO.

Sul destino dei malati di anemia perniciosa.

Niente è più utile al medico pratico di questi sguardi d'insieme che, basandosi su statistiche rigorosamente controllate, permettono di apprezzare la reale utilità dei rimedii terapeutici in voga.

Dai dati riferiti dal Büttner (*Med. Klinik*, 18, p. 623, 1933) risulta che nella Clinica medica di Giessen la mortalità, prima dell'inizio della epatoterapia, era assai più elevata; tuttavia è ricordato un caso che vive ancora, dal 1922, e si trova in buone condizioni; evidentemente si tratta di una remissione spontanea, eccezionale.

Ma anche dopo l'avvento della epatoterapia la mortalità si mantiene notevole: specialmente quando la cura epatica sia abbandonata. Essa deve essere dunque proseguita a lungo: nei casi ben compensati basterà una iniezione di una fiala (2 cc.) di estratto epatico, 1-2 volte alla settimana.

Nei casi di estrema gravità, è opportuno il ricovero in clinica, perchè ripetute trasfusioni dànno il tempo alla epatoterapia di far sentire la sua azione.

Con la cura epatica razionalmente praticata, si possono ottenere lunghe remissioni e la cura per bocca presenta notevoli svantaggi, e quella per iniezione le va preferita. V. SERRA.

La terapia della pseudoemofilia dei neonati.

In vari casi del genere, E. Maurizio (*La Clinica ostetrica*, marzo 1933) ha ottenuto buoni risultati mediante iniezioni di sangue materno. Nella *melena vera*, due volte al dì 15-20 cmc. profondamente nelle masse glutee, continuando per 3-6 giorni; guarigione in 5 casi su 6. Nella *onfalorragia*, 8-10 cmc., due volte al dì, per 3-4 giorni; 5 casi, tutti guariti.

Nelle *rinorragie*, 5 cmc. una volta al dì, per 3-7 giorni; 4 casi, tutti guariti. Nell'*ittero grave*, 12-15 cmc. due volte al dì, per 5-6 giorni; su 7 casi, 5 guarigioni. Nel *cefalo-ematoma*, senza aspirazione dell'ematoma, 5-6 cmc. di sangue 1-2 volte al dì; 4 casi, tutti guariti.

Le iniezioni di sangue materno trovano le loro indicazioni anche nelle anemie dei neonati; in esse sarà utile somministrare contemporaneamente anche dei preparati di fegato.

fil.

DIAGNOSTICA.

La diagnosi eziologica delle orchiti acute.

I. *Orchite traumatica.* - Antecedenti; talora ematocele vaginale. È importante il sapere se la contusione ha colpito un testicolo sano o se l'orchite era anteriore al trauma.

II. *I casi facili.* - L'orchite è un fenomeno nel corso di un'affezione diagnosticata. Nei nostri paesi, sono soprattutto in causa gli *orecchioni*: inizio brutale verso il 6° giorno, orchite vera con integrità dell'epididimo e del deferente; esplorazione rettale negativa; regressione spontanea, bilateralità frequente.

Accessoriamente si può avere orchite in: Vajuolo (orchite vera, prognosi buona), tifoide (orchite acuta della convalescenza che evolve verso la risoluzione semplice).

Nei paesi tropicali; filariosi (O. acuta, rara, che evolve verso la cronicità); malaria (epididimite, inefficace la chinina, nuclei fibrosi della testa).

III. *I casi difficili.* - L'orchite sembra essere la sola malattia.

A. Nell'adulto. *Predominanza all'epididimo.* 1) *O. tubercolare acuta.* Spesso bilaterale, inizio brutale scolo uretrale frequente simulante una blenorragia. L'evoluzione assicura la diagnosi: regressione dei segni con localizzazione all'epididimo; all'esplorazione rettale, lesioni prostato-vescicolari; rapida fistolizzazione.

2) *O. acuta gonococcica.* Inizio brutale, infiammatorio; epididimo molto grosso, che maschera il testicolo. La diagnosi è basata sull'unilateralità, assenza di segni all'esplorazione rettale, scolo uretrale (sempre poco abbondante!). Evoluzione: mai fistolizzazione; sequele nucleo fibroso alla coda dell'epididimo.

3) *Predominanza testicolare.* 1) *O. da orecchioni*, quando la parotite è stata fugace ed inavvertita oppure si trattava di orecchioni sottomascellari. 2) *Il volvolo testicolare.* Molto raro; si produce in un testicolo a lungo meso, molto mobile nella vaginale. Dolore sincopale fin dall'inizio; tumefazione rapidissima.

Pensare anche al cancro, alla sifilide, all'orchite nel varicocele (discussa).

B. Nel bambino. Classicamente *tubercolare;* rara nei tubercolosi ossei; presi contemporaneamente testicolo ed epididimo; evoluzione rapida verso la fistolizzazione.

Pensare anche alla torsione testicolare detta dei masturbatori (volvolo testicolare evolvente verso l'atrofia rapida) ed alla torsione dell'idatide sessile.

In pratica, intervenire sempre nelle orchiti acute primitive dell'infanzia; raramente si tratta di tubercolosi (che non è aggravata dall'intervento), mentre spesso si tratta di torsione ed in tal caso, non intervenendo, la ghiandola si atrofizza.

C. Negli individui anziani, si deve menzionare una forma speciale: *l'epididimite colibacillare dei ritenzionisti sondati.* Inizio brutale, urine torbide contenenti il *B. coli.* Generalmente risolve, ma le recidive sono frequenti.

(*Gazette des hôpitaux*, 6 aprile 1933).

fil.

IGIENE.

Gli effetti della pasteurizzazione sulle proprietà nutritive del latte.

W. Savage (*Lancet*, 23 febbr. 1933) ha fatto in proposito delle ricerche su latte pasteurizzato a 145 Fahr. (poco più di 62°) ed immediatamente raffreddato.

I grassi non sono modificati, salvo che la crema si separa meno facilmente. Le proteine non sono alterate; però il 5 % di lattalbumina diventa insolubile. Il lattosio non subisce modificazioni. Invece, il calcio solubile diminuisce del 20 % per la formazione di un fosfato di calcio colloidale. Lo jodio viene ridotto del 20 %. Gli enzimi non sarebbero distrutti, ma il caglio non fa coagulare il latte pastorizzato. La vitamina A., abbondante nel latte, non viene distrutta e nemmeno la B_1, la B_2, la D e la E; invece è distrutta la C.

Paragonando la composizione del latte di mucca a quello umano, si vede che la pastorizzazione rende il primo un po' meno dissimile dal secondo; la diminuzione del fosforo e del calcio operata dalla pastorizzazione va considerata come benefica; quanto al ferro, nettamente deficiente nel latte di mucca e non distrutto dalla pastorizzazione, può essere aumentato con i recipienti del latte.

Sono state fatte numerose esperienze anche su animali e si è veduto che il problema dell'anemia o quello della sterilità non possono essere messi in conto del latte pastorizzato. Se la diminuzione del calcio e del fosforo possono essere dannosi per l'animale che ne ha grande bisogno per la sua crescenza, non è lo stesso per il bambino che ne ha minori esigenze.

fil.

Contributo alla conoscenza della microflora propria del latte.

Secondo I. Gorrieri (*Annali d'Igiene*, aprile 1933) non sono mancate, da parte di numerosi sperimentatori italiani e stranieri, ricerche accurate riguardanti la distribuzione del numero dei microbi nelle varie porzioni della mungitura, ricerche che sono valse a dimostrare concordemente come il primo latte sia molto più inquinato dell'ultimo. Riguardo alla natura della flora batterica del latte è ormai accertato che essa è data in massima parte da contaminazione esterna. L'A. volendo contribuire allo studio della microflora propria del latte nelle varie porzioni della mungitura, ha compiuto uno studio sistematico di 73 campioni di latte prelevato personalmente con scrupolose regole di asetticità.

Ha visto così che il latte, anche prelevato da un solo capezzolo, difficilmente si può ottenere amicrobico, sia pure nelle ultime porzioni della mungitura: fatto che avvalorerebbe l'opinione che nega una sterilità del parenchima ghiandolare e l'origine endogena di alcune specie microbiche presenti costantemente nel latte stesso. I cocchi acidificanti rappresentano, in mezzo a scarse forme bacillari, la flora più diffusa del latte. È probabile che questi cocchi rappresentino la flora di origine endogena.

G. La Cava.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Una reazione fagocitaria nella febbre da fieno.

Esperimenti di fagocitosi di granuli di polline con sangue di malati di febbre da fieno erano stati finora impossibili perchè troppi grossi erano i granuli di polline rispetto ai leucociti. Recentemente si è osservato che il polline di *Phleum pratense* è costituito da numerossimi fini granuli, racchiusi in un reticolo.

Isolati con particolare accorgimento i granuli e raccoltili in una soluzione salina D. Harley (*British Medical Journal*, 28 gennaio 1933) li ha mescolati a sangue defibrinato di individui sani e di sofferenti di febbre del fieno, cutireattivi per il *Phleum pratense*.

Della miscela di sangue e sospensione di granuli ha fatto degli strisci che, colorati con bleu di metilene, sono stati esaminati al microscopio.

Mentre negli strisci dei soggetti sani i granuli erano quasi tutti scomparsi, non così nei pazienti cutireattivi per il *Phleum*, in cui si riscontravano numerosi leucociti che avevano fagocitato i granuli, mentre inoltre si osservavano anche granuli extracellulari non distrutti.

M. Pons.

L'anatomia dell'asma studiata col lipiodol.

Il lipiodol introdotto nei bronchi attraverso la membrana cricotiroidea, costituisce un mezzo efficace per studiare radiologicamente la distribuzione anatomica dell'albero bronchiale. Infatti, il lipiodol penetra con facilità nelle più minute ramificazioni dell'albero bronchiale; se non c'è enfisema e se il paziente non tossisce si arresta all'orifizio degli alveoli senza penetrare in essi.

L'evenienza più comune è secondo J. B. Christopherson (*The Lancet*, 7 gennaio 1933) la dilatazione dei bronchioli diffusa a tutto il polmone. Altre volte si può osservare in alcune aree dilatazione dei bronchioli, mentre in altre aree la costrizione dei bronchioli ha impedito il diffondersi del lipiodol. Meno frequentemente può darsi che il lipiodol non penetri affatto a causa di una costrizione vagale dei bronchi e dei bronchioli. Quest'ultima evenienza si ha nei rari casi in cui avviene un attacco durante l'operazione.

Il lipiodol ha anche una azione terapeutica che può condurre a un miglioramento anche nei casi ribelli alle altre cure.

E. Carlinfanti.

VARIA.

Sole e cancro.

(A. H. Roffo. *El Dia Médico*, 2 genn. 1933).

I raggi solari esplicano una doppia azione fotodinamica e attinica sulle lesioni precancerose, e l'Autore ha notato che esiste una relazione molto intima tra l'irradiazione solare, la colesterina e lo sviluppo delle lesioni precancerose.

La quantità di colesterina nelle diverse regioni cutanee varia in proporzione apprezzabile in relazione con l'azione dei raggi solari e tra la colesterina della pelle e la frequenza delle lesioni neoplastiche cutanee vi è un nesso indissolubile.

Su 138 osservazioni personali l'Autore ha notato che tutte le lesioni cancerose cutanee si manifestano in quelle parti della cute che sono più esposte all'azione dei raggi solari.

Dopo avere considerato la distribuzione della colesterina nelle regioni coperte e scoperte della cute, ha stabilito una relazione elioterapica della colesterina dei tessuti.

Nella interpretazione del processo intimo che porta all'alterazione cellulare, la fotosensibilizzazione della colesterina del protoplasma delle cellule, può spiegarci l'aumento del dinamismo cellulare in relazione con l'azione fotodinamica esercitata per l'irradiazione di determinata lunghezza d'onda, sole = 6980 a 3970 unità Angstrom e raggi ultravioletti = 2000 a 1000 unità Angstrom. Ciò sopratutto se si tiene presente che il fenomeno si produce nei tessuti esposti al sole nei quali esiste anche un contenuto colesterinico che influisce nella formazione di un terreno di predisposizione.

L'irradiazione solare interviene aumentando non solo le ossidazioni organiche, ma accelerando anche lo scambio generale. Facilitano e intensificano l'osmosi cellulare per la funzione lipoditica delle membrane

La luce deve influire come fissatrice e condensatrice della colesterina, la quale poi agirebbe distruggendo i tessuti.

N. Di Paola.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

61° *Dott. A. L.* — Se Lei istituisce un ambulatorio o un luogo di cura, è necessaria l'autorizzazione del Prefetto, previa ispezione del medico provinciale; ma per il semplice esercizio dell'attività professionale è sufficiente la registrazione della firma all'ufficio comunale.

62° *Dottor E. D.* — La differenza di stipendio, dovutale per diritto già acquisito, spetta a lei *ad personam* nel senso che uguale trattamento non sarà fatto al successore. Ma da questa condizione non deriva che lo stipendio effettivamente a lei dovuto in misura maggiore di quella stabilita nell'organico debba essere asorbita dagli aumenti periodici. Questi le spettano in rapporto al suo stipendio. Credo che possa provocare una regolare deliberazione del Podestà e, nel caso di provvedimento negativo, possa ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni 30 dalla comunicazione. Se il Podestà non deliberasse, lei potrà notificare un atto per assegnare un termine perentorio, decorso il quale ricorrerà alla Giunta entro trenta giorni dalla scadenza del termine da lei stabilito e, in tal caso, impugnerà il provvedimento negativo.

63° *Dottor I. C.* — Costituito il Consorzio, è soppresso il posto comunale. Quindi, si estingue il rapporto di impiego. Ma nell'atto costitutivo del Consorzio o con provvedimento successivo *potrebbe* essere prevista e regolata la successione del nuovo ente nel rapporto d'impiego, tanto più che vi è un solo titolare. Se, per effetto della costituzione del Consorzio, il titolare del posto comunale è licenziato, è dovuta una equa indennità, sia per un principio generale ammesso concordemente dalla dottrina e dalla giurisprudenza, sia per applicazione analogica dell'art. 30 del R. D. 19 luglio 1906, n. 446. Può chiedere al Podestà del Comune una indennità in misura non inferiore ad un anno di stipendio. Se il provvedimento sarà contrario, ricorrerà alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni trenta dalla notificazione di esso.

64° *Dottor L. R.* — La riduzione del 12 % è applicabile dalla data del decreto che la stabilì.

65° *Dottor R. M.* — Il medico condotto dipende dal Comune, il quale è rappresentato dal Podestà, cioè dal capo dell'amministrazione. Dipende anche dal Podestà in quanto esso è ufficiale del Governo. Non c'è un rapporto di dipendenza dal segretario comunale.

66° *Dottor F. C.* — Il medico condotto ha l'obbligo della *residenza*. Se ed in quanto non gli sia vietato dal capitolato di allontanarsi per breve tempo,egli può prestare assistenza libera anche fuori del Comune. In tal caso, esercita la professione come qualsiasi altro medico chirurgo e non ha nemmeno obbligo di osservare le speciali tariffe approvate dal Prefetto per l'assistenza agli abbienti dello stesso Comune nel quale è medico condotto.

67° *Dottor S. M.* — Essendo Lei medico interino, è valido il patto di rinunzia all'addizionale, perchè questo rapporto è regolato liberamente e possono essere stabilite condizioni speciali. In altri termini, all'interino non si applicano senz'altro le norme relative al trattamento economico del titolare. Ma la rinunzia vale soltanto per il periodo dell'interinato. Assunto l'ufficio per nomina definitiva, si estingue il rapporto interinale e hanno effetto tutte le disposizioni del regolamento organico concernenti il trattamento economico del titolare, anche se non siano state specificate nell'avviso del concorso. Quindi, divenuta efficace la nomina definitiva all'ufficio di titolare, Lei avrà diritto all'addizionale.

Il servizio prestato in qualità di interino, essendo seguito senza interruzione dalla nomina definitiva, è valutabile agli effetti della stabilità.

68° *Dottor L. S.* — Il medico chirurgo che assume la *direzione* di un gabinetto dentistico nel quale un dentista non autorizzato compia atti di odontoiatria, assume responsabiltà penale perchè favorisce il reato di esercizio abusivo commesso dall'altro.

69° *Dottor L. G.* — Astrattamente mi sembra che siano da respingere le due soluzioni estreme: cioè, che Lei abbia una sola indennità di cavalcatura per i due servizi o abbia due indennità come se i servizi stessi fossero indipendenti. Questa indennità ha una causa ben definita: rimborso, a calcolo, delle spese effettive per mezzi di trasporto. La risoluzione deve essere guidata da criteri pratici, in rapporto alla causa dell'indennità. Se quella che le è attribuita come ufficiale sanitario è insufficiente alle esigenze del nuovo servizio provvisorio, è da ritenere che debba essere integrata in modo da corrispondere alle mutate condizioni. Se, invece, Le spetta una indennità tale da compensare anche l'onere sopravvenuto, manca la causa del supplemento. Quindi, è una questione di specie, da considerarsi con criteri amministrativi e di opportunità.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuite.**

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. legale del nostro periodico**

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ISTRUZIONE SUPERIORE.

Gli studenti stranieri.

Uno dei meriti del Fascismo è quello di aver ridonato serietà agli studi e di aver rialzato, anche di fronte all'estero, il prestigio della Scuola universitaria italiana.

Un indice di questo accresciuto prestigio si rileva dal numero sempre crescente di stranieri che vengono in Italia a compiere i loro studi superiori.

Per assecondare questo afflusso è stata anche creata l'Università per stranieri di Perugia e sono stati istituiti presso altre università appositi corsi estivi; ma questi corsi hanno un carattere del tutto speciale, come i cosidetti « fuori corso » che ammontano a parecchie centinaia. Ci limiteremo a considerare gli studenti stranieri regolarmente iscritti ai corsi ufficiali normali delle Università e degli Istituti superiori del Regno.

Questi studenti stranieri ammontavano a 487 nel 1913-14 e a 700 nel 1921-22; nell'anno scolastico 1932-33, ultimo del primo decennale, il loro numero era salito a 2287, dei quali 1851 erano iscritti nelle Università e 436 negli Istituti superiori di istruzione; per ogni 100 studenti stranieri del 1913-14, se ne contavano, dunque, 145 nel 1921-22 e ben 470 nel 1932-33.

Gli studenti stranieri si ragguagliavano nel 1932-33 al 4,5 per cento della intera popolazione scolastica delle Università e degli Istituti superiori del Regno.

Il 64 per cento degli studenti stranieri era iscritto alla Facoltà di Medicina e Chirurgia; il numero di essi (1.468) rappresentava il 12 per cento di tutti gli studenti italiani e stranieri, iscritti alla anzidetta Facoltà.

Come è ovvio, gli studenti stranieri non affluiscono in egual misura alle varie Università del Regno; quelle che ne contano un maggior numero, sono le Università di Bologna (460), di Roma (329), di Padova (205), di Modena (175), di Milano (115) e di Napoli (110).

In relazione alla suddivisione per Facoltà, il maggior numero di studenti stranieri affluiva per la Facoltà di Medicina, alle Università di Bologna (426), di Roma (257), di Padova (182) e di Modena (161).

Nei riguardi della nazionalità gli studenti che nel 1932-33 erano regolarmente iscritti nelle Università e negli Istituti superiori si ripartivano nel seguente modo: U. R. S. S., Polonia e Paesi Baltici, 540; Romania, 392; Stati Uniti di America, 365; Ungheria, 242; Albania, 107; Bulgaria, 96; Svizzera, 72; Grecia, 67; Argentina, 36; Jugoslavia, 34; Inghilterra, 30; Siria e Palestina, 28; Germania, 27; Turchia, 24; Brasile, 21; Francia, 19; Egitto, 19; Cecoslovacchia, 17; Tunisia, 16; Austria, 15; Spagna e Portogallo, 15; Belgio e Olanda, 12; Messico e America Centrale, 10; Danimarca e Paesi Scandinavi, 2; altri Paesi dell'Asia, 41; altri Paesi dell'Africa, 4; altri Paesi dell'America Meridionale, 36.

Fra i Paesi che dànno più alti contingenti si rileva che per l'U. R. S. S., la Polonia e i Paesi Baltici il maggior numero di studenti affluiva alle Università di Bologna (117), di Padova (83) e di Modena e che moltissimi fra di essi (434) seguivano i corsi di Medicina e Chirurgia;

per la Romania le quote maggiori erano di quelli iscritti alle Università di Bologna (95), tra cui 88 iscritti alla Facoltà di Medicina, e di Modena (77 tra cui 69 iscritti per la Medicina);

per gli Stati Uniti di America il maggior numero di studenti si trovava presso l'Università di Roma (212), ove quasi tutti (205) erano iscritti alla Facoltà di Medicina.

Dalle cifre suesposte risulta che è la Scuola Medica italiana quella che esercita un maggior potere di attrazione tra la gioventù studiosa degli altri Paesi, tanto che di tutti indistintamente gli studenti che sono iscritti alle Facoltà di Medicina e Chirurgia, il 12 per cento è rappresentato da stranieri; sono tuttavia considerevoli anche le altre correnti di studenti esteri che seguono altri rami dell'insegnamento superiore.

MEDICINA SOCIALE.

Ospedali e Istituti di assistenza sanitaria in Italia.

L'Istituto Centrale di Statistica ha eseguito una nuova indagine, sugli Ospedali e sugli Istituti di assistenza sanitaria e ospedaliera la quale, abbracciando tutti gli istituti ospedalieri e case di cura che prestano comunque assistenza ospitaliera ai ricoverati, dà una visione sintetica dello stato dell'assistenza ospitaliera nel Regno e nelle singole provincie alla fine dell'anno 1932.

La presente indagine comprende: ospedali comuni, chirurgici, per tubercolotici, infantili, per rachitici, psichiatrici, ecc., nonchè le case di cura e di salute, i convalescenziari, ecc. e, in genere, tutte le istituzioni che danno ricovero o prestano assistenza sanitaria agli infermi sia acuti che cronici. Sono stati esclusi, però, gli Ospedali militari, le infermerie presidiarie e quelle delle Carceri, dei Collegi e simili, gli ambulatori, i dispensari, ecc.

Secondo i primi risultati provvisori di questa indagine, al 31 dicembre 1932 si contavano nel Regno 2.086 istituti ospedalieri pubblici e privati (compresi i reparti staccati), e cioè circa 5 per ogni 100.000 abitanti. Essi avevano una capacità di ricovero in complesso di 238.511 letti (in media, 114 letti per ogni Istituto e circa 6 per ogni mille abitanti); escluse le nuove provincie, il numero dei letti era aumentato di circa il 76 % in confronto di quelli esistenti al 31 dicembre 1907 (letti 127.782: circa 4 per ogni mille abitanti).

Il movimento dei ricoverati durante l'annata 1932 è stato assai notevole. Nel complesso del Regno furono ricoverati 1.119.003 infermi per un totale di 65.515.022 giornate di presenza.

Nella Lombardia gl'infermi ricoverati furono 204.280 (18.26 % del totale del Regno) i quali consumarono 2.686.000 giornate di presenza.

Nel Veneto durante il 1932 furono ricoverati complessivamente 147.316 infermi (13,16 % del totale del Regno) i quali consumarono 8.955.000 giornate di presenza.

Per contro le Calabrie e la Lucania hanno avuto un movimento di ricoverati assai limitato, le Calabrie con 8.265 ricoverati (0,74 % del totale del Regno) che consumarono 397.261 giornate di presenza e la Lucania con 1.996 ricoverati (0,18 % del totale del Regno) i quali consumarono complessivamente 52.253 giornate di presenza.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUASANTA (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 sett.; L. 7400 oltre L. 440 indenn. laurea, L. 2376 cavallo o mulo, L. 616 uff. san.; nette del 12 %; tassa L. 50.

AQUILA DEGLI ABRUZZI. — Scad. 14 ag.; L. 10.000; condotta rurale; trasp. L. 3000; riduz. 12 %; 4 quinquenni dec.; età lim. 35 a. al 4 lug; voti materie di esame; 4 anni di condotta; tassa L. 50,10.

BERGAMO. *Ospedale « Principessa di Piemonte »*. — Scad. 15 ottobre; aiuto chirurgo e assistente di anat. patol. e ricerche cliniche; stipendi rispettivamente L. 8500 e L. 7500; c.-v.; riduz. 12 %; per l'assistente camera personale con obbligo di pernottam.; età lim. rispett. a. 35 e a. 30; tassa L. 50; chied. annunzio.

CASTELMORRONE (*Napoli*). — Proroga al 31 agosto; L. 9500 lorde del 12 %, 3 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi; accettaz. entro 10 gg.

CHIUSA SCLAFANI (*Palermo*). — Scad. 10 ott.; 1ª condotta; L. 8250 e 5 quinquenni dec.

CODOGNO (*Milano*). — Per titoli. Posto di titolare della terza condotta rurale medica. Scadenza 30 settembre 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

GENOVA. *Spedali Civili*. — Scad. 30 ag., ore 15; vice primario medico; L. 5000 lorde del 12 %; nomina e conferme triennali; laurea da 4 anni; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 5 lug. Chied. annunzio.

GONZAGA (*Mantova*). — Scad. 30 sett.; per Palidano; L. 9500 e 5 quadrienni di L. 1000 oltre c.-v. e L. 500-2500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

LESSOLO (*Aosta*). — Per titoli. Condotta medica pel Consorzio Lessolo-Fiorano, con residenza in Lessolo. Stipendio iniziale L. 9000 con dieci aumenti biennali del ventesimo. Indennità trasporto L. 500 per bicicletta. Caro viveri di legge. Scadenza ore 16 del 15 ottobre 1933. Per informazioni e schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Lessolo.

MACERATA. *Ospedale Civico*. — Scad. 15 ag.; aiuto medico; L. 6400 e percentuali; riduz. 12 %; età lim. 30 a.; 2 anni di assistente o aiuto medico in clinica od ospedale importante. Rivolgersi Segreteria Congregaz. di Carità.

MERANO (*Bolzano*). *Comune*. — Scad. 31 ag., ore 19; chirurgo primario nell'Ospedale della Città; L. 12.000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 3447-5189 indenn. temporanea di residenza, L. 5000 se direz. Ospedale; età lim. 40 a.; 6 anni in Ospedale come titolare od assistente effettivo, dei quali 4 almeno in reparto chirurgico; doc. a 3 mesi dal 26 giu.

Scad. 31 agosto, ore 18; medico direttore del Dispensario Anticeltico del Comune; L. 10.560 più L. 3520 per la cura degli affetti da malattie celtiche e della pelle ricoverati nell'Ospedale; doc. a 3 mesi dal 31 maggio; nom. e conferme quinquennali.

Per tutt'e due i posti tassa L. 50,10; assegni già depurati del 12 %.

MONTALE (*Pistoia*). — Scad. 20 ott.; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

NOVARA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 11 sett.; medico direttore e direttore del dispensario di Novara; due medici direttori delle Sezioni dispensariali; stipendi L. 20.000 pel 1° posto e L. 12.000 per gli altri due, oltre indenn. supplementare, rispettivam. L. 6000 e L. 3000; età lim. 45 a. al 10 lug., laurea da 2 anni; rivolgersi alla Segreteria.

NULE (*Sassari*). — Scad. 28 sett.; L. 9500 oltre L. 800 uff. san. e L. 1000 arm. farm.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

PALERMO. *Associazione contro la Tubercolosi*. — Scad. 30 sett., ore 12; 2 medici capi-reparti nel Sanatorio Popolare « V. Cervello »; titoli ed esami; nomina e conferme quadriennali; L. 12.000 ridotte del 12 % e 4 quadrienni dec.; vitto durante le ore di servizio. Rivolgersi alla Segreteria, via Divisi 93; età lim. 40 a. al 24 luglio; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10; 2 anni di tirocinio in istituzioni antitubercolari o presso istituti universitari od ospedalieri. Chiedere annunzio.

PESCASSEROLI (*Aquila*). — Scad. 5 ag.; L. 9500.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale*. — Si partecipa che il termine di scadenza del concorso, di cui il bando del 15 maggio 1933, per il posto di Direttore della Sezione medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi, è prorogato fino alle ore diciotto del giorno 15 settembre 1933.

RIMINI (*Forlì*). — Scad. 15 ag.; 2 condotte foresi; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 2000 o L. 3000 cavallo o autovettura; c.-v.; addizionali L. 3, L. 4 e L. 5 oltre il 12 % della popolaz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale*. — Scad. 31 agosto; dieci posti di medico; età lim. 35 a.; doc. non anter. al 1° giugno; L. 23.000 nette di R. M.; ritenuta del 5 % pel trattamento di previdenza e detraz. del 12 %; aggiunta di famiglia. Titoli ed esami. Chiedere annunzio alla Direz. Generale (Servizio Personale), via Minghetti 17, Roma.

ROMA. *Ministero delle Colonie*. — Proroga a tutto il 31 agosto per la presentazione delle domande di concorso ai posti di sanitario nell'Ospedale Vitt. Em. III in Tripoli; alla stessa data è prorogato il compimento dei dieci anni di laurea richiesti.

RUTIGLIANO (*Bari*). — Scad. 19 ag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; riduz. 12 %.

S. GENESIO ATESINO (*Bolzano*). — Scad. 16 ag.; con Meltina; L. 8500 oltre L. 750 uff. san., lire 1275 arm. farm., c.-v.; riduz. 12 %.

SAVIANO (*Napoli*). — Scad 30 ag.; con Scisciano e S. Vitaliano; L. 9500 oltre L. 1500 trasp.; età lim. 35 a.

SANVALENTINO IN ABRUZZO CITERIORE (*Pescara*). — Scad. 3 mesi dal 21 lug.; per l'Aggregato di Roccamorice; L. 8712 ridotte del 12 % e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc., L. 440 nette se uff. san.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10.

SCIACCA (*Agrigento*). — Scad. 21 sett.; chirurgo primario degli Ospedali civili alle dipendenze della Congregaz. di Carità; L. 12.000 e 4 quadrienni dec., oltre 50 e 65 % partecipaz., indennità trasloco per il nominato e sua famiglia; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

TARANTO. *Ospedale della SS. Annunziata.* — Scad. 25 ag.; primario radiologo e aiuto chirurgo; rispettiv. stipendi L. 5000 e L. 3500; età lim. a. 45 e a. 40; compartecipaz. Nomine: fino a 65 anni pel primo posto; 6 anni pel secondo posto. Chiedere bando alla Segreteria.

VERONA. *Amministrazione Provinciale.* — La scadenza del concorso ad assistente della Sezione medico-micrograf. del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi, è prorogata al 31 ottobre.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel concorso per esami e per titoli al posto di aiuto-ostetrico degli Ospedali Riuniti di Roma, è riuscito eletto il dott. Enrico Fronticelli, al quale venne affidata la direzione della Maternità dell'Ospedale S. Spirito.

La Commissione esaminatrice era così composta: sen. prof. Ernesto Pestalozza, prof. Cesare Micheli e prof. Oreste Margarucci.

Le Commissioni nominate dal Consiglio Nazionale delle Ricerche per l'esame dei titoli presentati dai concorrenti ai premi « Lepetit » hanno chiuso i loro lavori.

La Commsisione presieduta dall'on. prof. Pietro Castellino ha esaminato i saggi sperimentali di giovani laureati nel quinquennio 1927-1931. Fra i 22 concorrenti, che presentarono 93 lavori, i 5 premi di L. 1500 sono stati assegnati ai dottori Egidio Antoniazzi, Brenno Babudieri, Vincenzo Famiani, Giuseppe Penso, Alessandro Rossi.

La Commissione nominata per l'esame delle tesi di laurea dell'anno scolastico 1931-1932, presieduta dal prof. Ferruccio Schupfer, vagliati i lavori presentati dai 28 concorrenti ha assegnato dieci premi di L. 1500 ciascuno ai seguenti dottori: Nino Battino Viterbo di Firenze, Paolino Bordi di Parma, Giuseppe Fachini di Milano, Alfonso Giordano di Catania, Gino Ligori di Roma, Flaviano Magrassi di Roma, Franco Ottolenghi di Milano, Luigi Santa di Genova, Guido Stolfi di Napoli, Edoardo Storti di Pavia. Inoltre ha assegnato 5 premi da L. 1000 ai dottori: Calisto Amici di Perugia, Luigi Bessone di Genova, Renzo Bracco di Torino, Virgilio Maccone di Palermo, Gaetano Mascia di Siena.

Il dott. Angelo Lorenzi è abilitato alla libera docenza in terapia fisica.

Il prof. Herman Zondek, dell'Università di Berlino, costretto ad abbandonare il suo posto, è stato invitato dal Servizio degli ospedali di Varsavia ad accettare la carica di medico primario di un ospedale municipale, ove egli organizzerà un istituto di anatomo-patologia.

Alla « New York Polyclinic Medical School and Hospital » sono nominati i proff.: Russell L. Cecil di medicina interna, Joseph E. J. King di neurochirurgia.

Il dott. Karl Landsteiner, membro dell'Istituto Rockefeller per ricerche mediche di New York, ha ricevuto la medaglia d'oro della Croce Rossa Svedese, per la scoperta dei gruppi sanguigni in rapporto alla trasfusione di sangue.

L'Associazione Americana per lo studio del gozzo, nella sua riunione tenuta a Memphis dal 15 al 17 maggio, ha conferito un premio a miss Anne Heymann, per il suo studio sulla batteriologia del gozzo, eseguito nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Michigan.

La medaglia Kaiser-i-Hind, istituita dal re d'Inghilterra per benemerenze verso il popolo indiano, è stata conferita recentemente al dott. Robert H. H. Goheen, medico americano stabilito in India, promotore di varie istituzioni mediche assistenziali.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Ufficiali: gr. uff. prof. Zeri Agenore, Roma.

Cavalieri: gr. uff. prof. Leotta Nicola, Palermo; cav. dott. Consalvo Gaetano, Vittoria.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Commendatori: prof. Valenti Paladino Francesco, Catania.

NOTIZIE DIVERSE.

Unione internazionale contro la tubercolosi.

A Parigi si è riunito il Consiglio Direttivo dell'Unione e vi hanno partecipato i rappresentanti di 40 Nazioni. Per l'Italia, in rappresentanza del presidente della Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi on. prof. R. Paolucci, era presente il prof. F. Bocchetti. È stata scelta Varsavia a sede della futura IX Conferenza Internazionale che avrà luogo dal 4 al 6 settembre del 1934. In questa Conferenza Internazionale, alla quale parteciperanno tutte le Nazioni del mondo, saranno trattati i seguenti argomenti:

Tema biologico: Le variazioni biologiche del virus tubercolare; tema clinico: Le varie forme di tubercolosi osteo-articolare e loro moderno trattamento; tema sociale: L'utilizzazione dei dispensari per la cura della tubercolosi.

I primi due argomenti sono stati proposti dalla Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi e la relazione generale su « Le varie forme di tubercolosi osteo-articolare e loro moderno trattamento » è stata affidata all'Italia. Ugualmente tre correlatori sugli altri argomenti saranno italiani.

Ancora una volta in questo alto consesso di scienziati di tutto il mondo è stato riconosciuto il grandissimo sforzo fatto in Italia dal Regime fascista in questi ultimi anni, il che, per merito della sua legislazione ardita e chiaroveggente, ha messo il nostro paese all'avanguardia anche nel campo della difesa della razza dalle malattie sociali.

La Federazione Nazionale Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi prepara intanto per la prossima Conferenza un'ampia documentazione di quanto è stato realizzato dall'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza sociale, dai Consorzi Provinciali Antitubercolari, dalla Federazione stessa, e dagli altri enti assistenziali che tutti, vivendo appassionatamente nel Regime, agiscono sotto le direttive della Direzione Generale di Sanità Pubblica.

3° Congresso internazionale di pediatria.

Nei giorni 20-21-22 luglio si è tenuto a Londra il Terzo Congresso internazionale di Pediatria con l'intervento di numerosi congressisti, circa 400, delle varie nazioni, sotto la presidenza del prof. Still.

La cerimonia inaugurale ebbe luogo alla presenza delle LL. AA. RR. il duca e la duchessa di York.

Vari relatori, scelti tra i più competenti, hanno trattato i due temi posti in discussione e precisamente: « La natura dell'allergia in relazione alle malattie dei bambini » e « La profilassi delle malattie prodotte dal latte vaccino ».

Ci riserviamo di dare un resoconto particolareggiato di questa importante discussione.

Anche l'Italia ha portato un contributo non indifferente ai lavori di questo importante convegno. A parte la delegazione ufficiale composta dai proff. Allaria, Jemma e Spolverini, i quali tutti hanno preso viva parte ai lavori, circa 40 sono stati i pediatri italiani intervenuti.

Il Congresso in seduta plenaria ha acclamato Roma come sede del futuro Congresso internazionale ed ha nominato il prof. Spolverini, direttore della Clinica Pediatrica, presidente del IV Convegno internazionale.

Il Congresso internazionale di medicina dello sport.

Fervono presso la Federazione Italiana Medici degli Sportivi — di cui è presidente il prof. Ugo Cassinis — i lavori di preparazione del Congresso Internazionale di Medicina dello Sport che il 3 settembre prossimo, poche ore prima della cerimonia inaugurale dei Giuochi Internazionali Universitari, si inaugurerà a Torino.

S. E. Starace, capo dello Sport italiano, ha dato il suo alto appoggio a questo Congresso, che per il numero degli aderenti stranieri e connazionali riuscirà un'affermazione della nuova branca della medicina, che apre agli studiosi nuovi orizzonti scientifici e pratici. Oltre 60 comunicazioni sono preannunziate su argomenti che abbracciano i vari rami della medicina in relazione allo sport. Nomi di illustri scienziati, direttori di Cliniche ed Istituti universitari nostri figurano non solo nel Comitato di Presidenza a lato dei nomi dei presidenti delle Federazioni ed Associazioni di medici sportivi stranieri, ma ancor più fra i semplici iscritti. La città di Torino, tradizionalmente ospitale, prepara agli ospiti accoglienze liete e bene è stata la scelta della Segreteria del Guf per riunire insieme i giovani che lottano per un primato fisico cogli studiosi che danno ogni loro energia per il raggiungimento di un primato scientifico, che valga a far migliorare costantemente l'organismo umano nel rendimento sportivo e lavorativo.

22° Congresso italiano per il progresso delle scienze.

Ricordiamo che la Società Italiana per il Progresso delle Scienze si adunerà a Bari dal 12 al 18 ottobre. Dell'Ufficio di Presidenza fa parte, quale vice-presidente, il prof. Dante De Blasi; la Classe B (Scienze biologiche) comprende una Sezione (3ª) di Fisiologia e Psicologia ed una Sezione (4ª) di Patologia, le quali sono presiedute rispettivamente dai proff. Silvestro Baglioni e Raffaele Paolucci.

Quota d'iscrizione alla Società L. 30; quota d'adesione al convegno L. 15.

Tutta la corrispondenza relativa al convegno dev'essere indirizzata alla Segreteria, presso l'Istituto farmacologico della R. Università « Benito Mussolini », Bari.

Sono in programma varie gite. Viene anche organizzata una crociera scientifica a Rodi e Atene; le adesioni preliminari alla crociera vanno dirette, non oltre il 10 agosto, alla Segreteria della Società, via del Collegio Romano 26, Roma.

29° Congresso Italiano di otorinolaringoiatria.

Dal 9 al 12 settembre si svolgerà a Bolzano il 29° Congresso promosso dalla Società italiana di laringologia, rinologia e otologia, presieduta dal prof. Guglielmo Bilancioni, in unione con la Società italiana di fonetica biologica e di foniatria, presieduta dal prof. Silvestro Baglioni ed assurgerà ad avvenimento scientifico internazionale, per la partecipazione dei maggiori cultori nazionali e stranieri della specialità. Ha per alto patrono S. A. R. il duca di Pistoia.

I temi di relazione sono: « Le fratture del naso e dei seni » (relatore prof. Vidau di Roma); « Le fratture dell'orecchio (relatore prof. Pierantoni di Brescia); « Fratture della laringe » (relatore prof. Simeoni di Napoli); « Biologia delle fratture » (relatore prof. Alberti di Brescia).

Una giornata del congresso sarà tenuta a Merano per lo studio dei problemi idroclimatici in rapporto alla specialità.

Un Congresso di documentazione grafica.

Il 1° Congresso di documentazione fotografica e cinematografica nelle Scienze mediche e biologiche si terrà a Parigi dal 5 al 7 ottobre, presso il Centro Nazionale di Documentazione Pedagogica (rue d'Ulm 29). L'iscrizione è gratuita. La segreteria per le questioni scientifiche è retta dal dott. Charles Claoué, rue Scheffer 32; la segreteria per le questioni amministrative è retta dal sig. Michel Servanne, rue Romainville 48.

Seguirà una visita ai principali « studî » e laboratori cinematografici di Parigi.

Convegno regionale sulla tubercolosi.

La Sezione Veneta della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la Lotta contro la Tubercolosi ha tenuto il 3° Convegno Regionale a Udine nei giorni 28 e 29 maggio, sotto la presidenza del prof. Gasbarrini, assistito dal segretario prof. C. Molon. Alla solenne cerimonia inaugurale intervennero il Prefetto ed altre Autorità.

Il prof. G. M. Fasiani svolse un'ampia relazione sul tema « Tubercolosi renale ». Seguì un'animata discussione. Ebbero poi luogo molte comunicazioni.

Venne votato un ordine del giorno per la diagnosi precoce della tubercolosi renale e per il tempestivo intervento chirurgico.

L'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza sociale.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale ha tenuto una riunione, sotto la presidenza dell'on. Bottai, per la trattazione di varie questioni riguardanti la lotta antitubercolare e le altre branche assicurative dell'Istituto.

Ha poi deliberato su varie operazioni finanziarie proposte dal Comitato esecutivo dell'Istituto stesso. Sono stati decisi impieghi di fondi per un complesso di 107 milioni di lire. Di questa somma sono attribuite L. 66.000.000 per finanziamenti e Consorzi di bonifica, L. 17.000.000 circa per mutui a Comuni e Provincie per esecuzione di opere di pubblica utilità, L. 13.000.000 per l'edilizia popolare, ecc.

L'on. Bottai ha infine esposto al Consiglio il piano di lavori in corso e ha comunicato alcuni provvedimenti già presi per intensificare l'opera che l'Istituto si è proposto di svolgere nel campo delle cure idrotermali a vantaggio dei lavoratori assicurati.

Presso lo stesso Istituto della Previdenza Sociale si sono riuniti anche il Comitato Speciale per l'assicurazione della maternità e quello per l'assicurazione contro la tubercolosi, che hanno adottato decisioni di massima e hanno deliberato su casi speciali di particolare importanza.

Una iniziativa della Federazione antitubercolare.

La Federazione Fascista Antitubercolare ha fatto costruire ed ora va man mano distribuendo una sputacchiera la quale corrisponde pienamente a tutti i requisiti dell'igiene.

La nuova sputacchiera, alta dal suolo 70-80 cm., è chiusa e si apre solo al momento dell'uso con una leggera pressione del piede; contiene un liquido disinfettante solvente degli sputi, è di aspetto elegante e non può non essere pulitissima essendo di metallo cromato brillante e liscio come uno specchio. Facilissima e comoda la manutenzione, assolutamente inaccessibile alle mosche. Con tale sputacchiera, nel mentre viene offerta a tutti gli uffici, i luoghi pubblici, gli stabilimenti ecc., la possibilità di rispettare la legge, si prosegue nel modo più efficace, da parte della benemerita Federazione, la lotta contro la tubercolosi e contro il suo terribile alleato, la mosca. E non c'è chi non veda la grande importanza che potrà avere nel riguardo sanitario, l'adozione, in tutti i luoghi dove la legge prescrive debbono trovarsi le sputacchiere, della nuova sputacchiera veramente razionale. Senza considerare che la diffusione di questa sputacchiera offrirà nuovi mezzi alla benefica istituzione per la lotta contro la tubercolosi.

Il nuovo Centro ospedaliero di Taranto.

Il Consiglio di amministrazione dell'Ospedale di Taranto, presieduto dal cav. uff. Baldassarre, giovandosi del vivo interessamento del Prefetto gr. uff. Natoli, ha ideato e approvato un piano finanziario per la costruzione di un grande nosocomio, rispondente non solo all'importanza e al decoro della città, ma anche ai bisogni futuri. Con successive deliberazioni acquistava il suolo occorrente, per l'importo di circa un milione, e approvava quindi il progetto definitivo dell'erigendo ospedale, presentato dall'ing. dott. Giulio Marcovigi.

Il nuovo ospedale sorgerà nella zona sud-orientale di Taranto e precisamente sul suolo Acclavio, su di un'area di oltre 30.000 mq., in massima parte pianeggiante, ad una quota media di 20 m. sul livello del mare.

Il tipo prescelto è quello modernissimo detto a *piani*, preferito ormai in Europa a quelli a *padiglioni*, per la maggior praticità nei riguardi del disimpegno dei servizi e per il maggior risparmio che ne risulta, tanto nella spesa d'impianto quanto in quella di gestione.

L'intero stabilimento comprende: l'edificio principale e la chiesa; un padiglione maternità-ostetricia e malattie veneree; un padiglione servizi generali; un padiglione isolamento; la camera mortuaria e i laboratori per le ricerche chimiche.

Il padiglione principale risulterà di un edificio a cinque piani oltre il seminterrato.

La spesa complessiva per la costruzione del nuovo ospedale ammonterà a L. 9.218.200. Saranno disponibili 305 posti-letto.

Nuovi poteri al Presidente della Croce Rossa Italiana.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un R. Decreto legge che conferisce nuovi poteri straordinari al presidente della Croce Rossa Italiana. Fino al 31 dicembre 1933 il presidente generale dell'Associazione Italiana della Croce Rossa è autorizzato, in deroga a qualsiasi disposizione di legge e di regolamento generale o speciale:

a) a dispensare dal servizio il personale di qualunque ufficio o grado comunque dipendente dall'Associazione Italiana della Croce Rossa;

b) a provvedere in ordine ai posti eventualmente vacanti o che siano per rendersi vacanti, fissando le norme e le modalità.

Al personale, che in applicazione del decreto verrà dispensato dal servizio, sarà corrisposto il trattamento ad esso spettante a termine delle norme organiche vigenti per il personale stesso.

Il prof. Pende a Parigi.

Il prof. Nicola Pende, invitato dal Consiglio Direttivo del Congresso internazionale per la protezione dell'Infanzia, dalla presidenza della Società francese di biotipologia e dal clinico medico di Parigi prof. Emilio Sergent, ha tenuto in questa città con grande successo tre conferenze su problemi di medicina sociale: il problema della biologia della razza, quello della protezione scientifica dello sviluppo degli adolescenti e quello della costituzione endocrina femminile (rispettivamente alla sede del Congresso predetto, nell'Ospedale Henry Roussel e nell'anfiteatro della Clinica). Egli ha potuto dimostrare che la scienza medica italiana e le provvidenze legislative del Governo d'Italia tengono un posto d'onore per i risultati finora ottenuti, ed è stato fatto segno a manifestazioni di ammirazione e simpatia per lui e per l'Italia.

In onore di quattro chirurghi.

Una manifestazione intima e sentita si è svolta a Milano, nell'Albergo dell'Angelo, in onore di quattro valenti chirurghi che tra il generale rimpianto lasciano il loro posto di dovere e di lotta, tenuto per tanti anni nell'Ospedale Maggiore: dottori Romolo Calvini, Ferruccio Caneva, Alessandro Mariani e Angelo Gerli. A festeggiare i quattro insigni sanitari convennero molte personalità; il prof. Pizzagalli presentò una medaglia d'oro cui era aggiunta una lettera di documentato elogio. Ai discorsi dei proff. Pizzagalli e Maiocchi risposero commossi i festeggiati.

Per la riforma degli studi medici in Inghilterra.

L'Unione degli studenti di Edimburgo ha organizzato un convegno, in cui è stata dibattuta la riforma degli studi medici. Il dott. Chalmers Watson, medico primario a Edimburgo, invitato ad aprire la discussione, sostenne che i difetti principali dell'attuale *curriculum* medico sono inerenti all'eccessivo sviluppo dato ad alcune discipline preliminari, importanti ma che vengono sopravalutate, e cioè l'anatomia, la fisiologia e la patologia, come pure a quello di alcune cliniche speciali; viceversa è insufficiente l'insegnamento clinico generale e l'insegnamento dell'igiene o medicina preventiva. Fece un raffronto tra l'Inghilterra e gli Stati Uniti, i quali assumono ormai una posizione di avanguardia nell'insegnamento della medicina: all'Università di Edimburgo 900 ore sono destinate all'anatomia e 450 alla clinica generale, mentre alla Yale e alla Harvard si destinano in media 260 ore all'anatomia e 1100 ore alla clinica generale. Il prof. G. H. Holt, clinico chirurgo nell'Università Aberdeen, appoggiò le stesse idee; affermò che egli s'impegnava ad insegnare tutta l'anatomia necessaria per i medici, in soli 15 giorni.

Seguì una discussione, in esito alla quale venne votato un ordine del giorno in cui si chiede una riforma radicale dell'insegnamento medico, per limitare gli studî preliminari e per sviluppare la medicina pratica e la medicina preventiva.

Un po' dovunque.

È stato in Italia il prof. A. Monjardino, della Facoltà di Medicina di Lisbona, per osservare da vicino le realizzazioni del Regime nel campo dell'assistenza alle madri ed ai fanciulli; ha studiato particolarmente l'organizzazione dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, onde preparare anche nel Portogallo un sistema di assistenza materna e per l'infanzia analogo a quello creato dal Fascismo.

L'Associazione Medica Britannica ha tenuto la sua 101ª riunione annuale a Dublino (Irlanda) dal 21 al 29 luglio.

Il 39° Congresso annuale della Società belga d'oto-rino-laringologia si è tenuto a Gand nei giorni 8 e 9 luglio, sotto la presidenza del dott. G. Droesbeque; venne discusso il tema « La radiologia della mastoidite ».

Il 3° convegno nazionale per l'infanzia anormale avrà luogo a Roma il 29 settembre, di modo che potranno parteciparvi tutti gli studiosi intervenuti alla Riunione europea per l'igiene mentale. All'ordine del giorno è stato per ora iscritto un solo tema: « L'instabilità ». Saranno date ulteriori notizie.

Il congresso nord-americano di radiologia medica è indetto a Chicago dal 25 al 30 settembre; sarà presieduto dal dott. H. K. Pancoast, di Filadelfia.

Il 6° congresso francese d'igiene pubblica e sociale si è riunito a Nancy, con l'intervento di 250 congressisti.

In Germania avranno luogo prossimamente i congressi seguenti: di odontoiatria, Breslavia, 1-3 settembre; della Società tedesca per la medicina legale e sociale, Monaco, 4-7 settembre; della Società tedesca di eredologia, Gottinga, 6-9 settembre; della Società tedesca di infortunistica, medicina d'assicurazione e di soccorso, Francoforte sul Meno, 8-9 settembre; della Società tedesca di storia della medicina, delle scienze naturali e della tecnica, Erfurt, 9-10 settembre; della Società tedesca di ortopedia, Lipsia, 11-13 settembre; della Lega tedesca per la microbiologia, Monaco, 21-23 settembre.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 6 luglio nell'Ospedale Maggiore di Novara, sotto la presidenza del prof. P. Pietra, assistito dal segretario dott. L. Ferrero. Furono fatte comunicazioni dai dottori: D. Cantone, G. Baroffio e P. Croce, prof. P. Pietra, P. A. Borella, V. Gallina e E. Giubertoni, L. Cabitto, A. Vanelli.

La Sezione della Venezia Giulia della Società Italiana di Biologia Sperimentale si è adunata a Trieste il 7 luglio sotto la presidenza del prof. G. Revoltella assistito dal dott. A. Duca. Furono fatte comunicazioni dai dottori: Tuchtan, Protti, Geyer, Prister, Barzilai, Tagliaferro, Colavecchio, Izzo, E. Sapegna.

La Società medico-chirurgica veronese si è adunata il 2 maggio; furono fatte comunicazioni dai dottori: prof. Rossi, Fiorini, Dal Santo, prof. Spangaro.

La Scuola di medicina dell'Università di Bristol ha celebrato il suo centenario.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Bull. Méd., 27 mag. — Numero sui reumatismi.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mag. — Numero di dermosifilografia.

Bull. Ac. de Méd., 16 mag. — I. A. SCRIBAN e D. PAULIAN. Istopatologia di miopatia primitiva.

Chinese Med. Journ., mar. — Numero sulla lebbra.

Proc. R. Soc. Med., mag. — Discussioni sul cancro dell'oro-faringe e sull'uso dell'iodio nel trattamento delle malattie della tiroide. Casistica.

Rif. Med., 20 mag. — L. BENEDEK. Terapia moderna delle paralisi progr. — D. CAMPANACCI. Cosidette anemie acute perniciosiformi febbrili.

Semana Méd., 4 mag. — J. LÉON e J. DIRADOURIAN. Azione della chinina sull'utero in travaglio. — R. L. GAVIOLI. Torsione acuta della tromba.

Arch. It. di Chir., mag. — T. BIANCHERI. Amputazione del retto.

Münch. Med. Woch., 26 mag. — K. KISSKALT. Patogenesi ed epidemiologia della difterite. — A. BREITSCHU. Esiste una ipertensione coniugale?

Presse Méd., 20 mag. — A. CAIN e P. OURY. Emorroidi ed angiomatosi emorragica. — *Id.*, 24 mag. T. DE MARTEL e al. Ventricolografia.

Accad. Med., 15 mag. — L. ANTOGNETTI. Studi sull'imbibizione.

Morgagni, 7 mag. — A. FRAGOMELE. La calcemia nella tbc. sperimentale.

Pediatria, 1 giu. — L. AURICCHIO e M. MIRAGLIA DEL GIUDICE. Passaggio di anticorpi nel liquido c.-r. e terapia della malattia di Heine-Medin.

Brit. Med. Journ., 27 mag. — W. SHAW. Trattamento delle irregolarità mestruali.

Mediz. Klinik, 26 mag. — Numero di dermatologia.

Edinb. Med. Journ., giu. — R. M. MURRAY-LYON. La sintomatologia del diabete m.

Journ. d. Prat., 27 mag. — P. NOBECOURT. Dolicocolon pelvico nell'infanzia.

Med. Ibera, 27 mag. — B. SOLER e al. Esplorazione del sistema neuro-vegetativo.

Giorn. di Batter. e Immun., mag. — E. PUGNANI, F. MASSIMELLO. Equilibri delle difese immunitarie. — G. CUCCO. Chimismo organico e infezioni.

Wien. Klin. Woch., 2 giu. — FALTA. Endocarditis lenta.

Studium, 1 giu. — Convegno ital. contro il cancro.

Minerva Med., 26 mag. — F. BUA. Meccanismo della diuresi e dell'antidiuresi mercuriali.

Haematologica, III. — G. MINCIOTTI. Degeneraz. combinata subacuta del midollo spin. con anemia pernic. — P. MOLTENI e B. BUZZI. La formula eritrocitometrica nella vita prenatale e postnatale. — F. D. REZZESI. L'infezione da « Bacterium monocytogenes » e il problema del monocito.

Journ. Méd. Franç., mag. — Numero sulla serologia della tbc.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 14 Agosto 1933 - XI — Num. 33

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

La dissimmetria del corpo umano e sua importanza come fattore predisponente.

Prof. dott. SALVATORE GANGI.

Docente di Patologia Speciale Medica Dimostrativa nella R. Università di Roma. Ten. Colonnello Medico R. E.

Mentre nel campo della patologia umana appare sempre più evidente l'importanza dei fattori costituzionali e lo studio di essi procede con ritmo crescente seguendo piste ed orizzonti nuovi, ritengo non priva d'interesse la raccolta e la coordinazione di tutte quelle osservazioni che possono comunque portare un contributo all'esame del vasto problema ed alla conoscenza degli eventuali rapporti fra costituzione e patologia.

Valorosi otologi avevano segnalato da tempo la omolateralizzazione di alcuni processi morbosi e ne avevano tentato anche la spiegazione.

Per ricordare le ricerche più interessanti citerò le osservazioni dello Steiner che per il primo fermò l'attenzione sulla omolateralizzazione dell'otite e della polmonite, quelle del Ioltrain e quelle del Campeggiani che nella sua pregevole monografia: *Sulle otiti suppurate e loro complicanze nella polmonite franca lobare* concluse affermando « che le lesioni dell'orecchio sono in prevalenza unilaterali e con straordinaria frequenza risiedono dallo stesso lato del processo polmonare ».

Anche i chirurgi avevano constatato da tempo la non infrequente coincidenza nello stesso individuo dell'appendicite con la colecistite, ma i due concetti sono rimasti sino ad ora slegati ed han proceduto separatamente, come si rileva dalla dotta relazione sulle *Sindromi associate dell'addome destro* ampiamente discussa nel 38° Congresso della Società Italiana di Chirurgia (18-21 ottobre 1931).

Durante la guerra mondiale coadiuvando il Direttore dell'Ospedale Militare di Venezia nel Reparto Osservazione, dove venivano visitati per i provvedimenti medico-legali moltissimi militari feriti e malati, ebbi anch'io occasione di constatare che la omolateralizzazione dei

processi morbosi non era infrequente, che non si limitava alle sole infezioni acute e che qualche volta alla omolateralizzazione dei processi infettivi a decorso acuto o cronico si associavano imperfezioni congenite come la spiccata deviazione del naso, l'impianto dissimmetrico delle orecchie, la criptorchidia, lo sfiancamento del canale inguinale ecc.

Non ero riuscito però ancora a sintetizzare i rapporti esistenti fra la omolateralizzazione dei processi morbosi e le più o meno evidenti imperfezioni congenite.

Continuai la mia osservazione fra la clientela privata e nelle numerose visite presso la Commiss. Medica Superiore per le Pensioni di Guerra.

In base ai risultati di tale metodica ricerca potei stabilire che la omolateralizzazione dei processi morbosi, sia a decorso acuto, che a decorso cronico era frequente negli individui che presentavano una *spiccata dissimmetria* ed era localizzata nella metà del corpo che nel suo insieme *appariva meno sviluppata* o nella *metà del segmento* (faccia, torace, addome) *che per uno sfalsamento di piani risultava arretrato*, rispetto *all'altra metà*.

Si affacciò così alla mia mente l'idea di *soggetti destro-labili o sinistro-labili totali o segmentarii* e cercai di fissare i segni controllabili di tali tipi costituzionali. I *destro-labili* totali più spiccati presentano la metà destra della fronte meno ampia o meno prominente della metà sinistra, l'occhio destro ubicato in un piano arretrato rispetto al sinistro, lo zigomo meno sporgente, il naso più o meno deviato a destra, il solco naso-genieno di destra meno evidente o addirittura appianato. La metà destra della rima labiale è generalmente più bassa della metà sinistra ed in qualche caso la metà destra delle due labbra e del mascellare inferiore è così poco sviluppata e dissimmetrica da far apparire la faccia ed il mento deviati verso destra. Il padiglione dell'orecchio destro è impiantato o più indietro o più in basso di quello dell'orecchio sinistro.

Il muscolo sterno-cleido-mastoideo di destra, i corrispondenti muscoli del cingolo scapolo-omerale ed i muscoli della metà destra della nuca sono meno sviluppati degli omonimi di sinistra. E tali reperti sono stati da me constatati in soggetti che non avevano mai sofferto di affezioni dell'apparato respiratorio, per cui si poteva escludere che la manifesta differenza di volume delle masse muscolari fosse la espressione di una ipotrofia legata a processo specifico.

Qualche volta mentre il muscolo sterno-cleido-mastoideo di destra si presenta meno sviluppato del sinistro, i muscoli della metà destra della nuca sono più evidenti di quelli della metà sinistra, in modo che la metà destra del collo appare come ubicata su di un piano arretrato in rapporto alla metà sinistra.

Le manifestazioni della dissimmetria si riscontrano anche nella metà destra del torace; fossa sopraclaveare meno ampia, clavicola ora più curva, ora più sottile della sinistra, parete anteriore più appianata.

Come nel collo, anche nel torace si riscontra con frequenza lo sfalsamento dei piani, per cui la metà destra appare impostata su di un piano arretrato e la scapola corrispondente a volte sporge in modo da simulare una deviazione della colonna vertebrale.

Non è forse superfluo rilevare a questo punto quale interesse possa acquistare nel campo della semiologia la conoscenza dei dettagli della dissimmetria del torace per la sua ripercussione sui risultati dell'esame comparativo.

È meno frequente la possibilità di constatare una spiccata dissimmetria fra le metà dell'addome. Nei destro-labili si trova qualche volta la metà destra della parete anteriore dell'addome più appianata della metà sinistra.

È facile comprendere la ragione della difficoltà nell'apprezzare la dissimmetria dell'addome, quando si consideri l'influenza che esercita sulla sua forma la presenza di gas e la loro temporanea prevalente distribuzione.

Tale interpretazione è suffragata dal fatto che in un soggetto destro-labile, mentre tutto l'addome si mostra ugualmente disteso, è possibile constatare che la spina iliaca anteriore superiore di destra risulta ubicata su di un piano di poco inferiore a quello di sinistra.

Negli individui *sinistro-labili totali* si riscontrano a sinistra i dettagli della dissimmetria descritti nei *destro-labili*. A differenza di questi due tipi nettamente individualizzabili altri ne ho trovati nei quali la dissimmetria è appena apprezzabile o *crociata*, per cui ad un minore sviluppo della metà sinistra della fronte per es. corrisponde un deficiente sviluppo della metà destra della faccia o del tronco.

I rapporti fra la dissimmetria del tronco e quella degli arti corrispondenti non sono apparsi costanti specialmente nei riguardi del trofismo, forse perchè modificati dalle conseguenze della funzione.

Per dare una visione pratica dei rapporti esistenti fra la dissimmetria del corpo umano e la localizzazione dei processi morbosi, ho rite-

nuto sufficiente di elencare alcuni dei numerosi casi da me controllati, che servono anche a dimostrare come la labilità legata alla dissimmetria possa mostrarsi a volte localizzata ad un solo segmento, a volte diffusa a diversi segmenti di una stessa metà del corpo.

I casi elencati si riferiscono a soggetti nei quali la dissimmetria era manifesta e totale, diffusa cioè a tutta una metà del corpo. Nell'intento di rendere più ordinato e semplice lo svolgimento del tema impostomi ho ritenuto opportuno di esporre in questa prima nota solo i risultati delle osservazioni relative agli organi bilaterali (occhi, orecchie, polmoni, reni ecc.).

Ho fatto un'eccezione per l'appendice e la colecisti, perchè le osservazioni sulla *sintonia patologica dell'addome destro e le sindromi associate dell'addome destro* hanno avvalorato il concetto unitario della patologia della sezione destra del ventre, per ripetere la felice ed incisiva espressione del prof. Solieri.

Pubblicherò in una nota successiva le osservazioni riguardanti gli organi mediani o non bilaterali (cuore, stomaco, colon ecc.) e le ricerche eseguite sugli individui che presentano una *dissimmetria crociata.*

1) B. M., di anni 46, sarto. Dissimmetrico destro, labile. Pleurite destra (esiti radiologicamente controllati).

2) C. V., di anni 36, insegnante. Dissimmetrico sinistro, labile. Otite sinistra.

3) I. F., di anni 33, commesso postale. Diss. destro, labile. Polmonite destra.

4) G. A., di anni 43, bracciante. Diss. destro, labile. Paresi reumatica del facciale di destra.

5) T. S., di anni 39, minatore. Diss. destro, labile. Pleurite purulenta a destra.

6) V. A., di anni 22, studente. Diss. sinistro, labile. Tubercolosi della colonna vertebrale (3ª, 4ª vertebrale cervicale). Pleuro-corticolite sinistra tbc.

7) G. E., di anni 15, studente. Diss. destro, labile. Pleurite destra; appendicite.

8) L. T., di anni 22, pittrice. Diss. destra, labile. Appendicite nel 1928; otite media purulenta acuta e mastoidite nel 1933.

9) G. E., di anni 50, cantoniere. Diss. destro, labile. Tubercolosi polmonare con spiccata localizzazione a destra. Orchio-epididimite destra tbc.

10) G. M., di anni 41, bottaio. Diss. sinistro, labile. Otite catarrale cronica bilaterale molto più accentuata a sinistra. Ernia inguinale sinistra.

11) F. A., di anni 55, avvocato. Diss. sinistro, labile. Pielonefrite sinistra. Epistassi frequente a sinistra.

12) P. A., di anni 52, insegnante. Diss. destro, labile. Miopia bilaterale molto più accentuata a destra. Piolonefrite calcolosa destra (operata).

13) B. C., di anni 50, avvocato. Diss. sinistro, labile. Miopia bilaterale più accentuata a sinistra. Calcolosi renale a sinistra.

14) G. R., di anni 37, falegname. Diss. destro, labile. Pleurite destra. Flebite all'arto inferiore destro.

15) M. D., di anni 50, seggiolaio. Diss. sinistro, labile. Adeniti cervicali a sinistra. Pleurite sinistra.

16) S. L., di anni 28, contadino. Diss. destro, labile. Otite media purulenta cronica destra. Pleurite a destra. Gonartrite destra tbc.

17) D. N., di anni 80, civile. Diss. destro, labile. Glaucon occhio destro. Pleurite destra. Appendicite.

18) C. M., di anni 30, civile. Diss. destro, labile. Otite cronica purulenta destra. Pleurite destra. Appendicite e pericolite destra (S. A. D.).

19) S. C., di anni 57, possidente. Diss. destro, labile. 1890: otite media purulenta cronica destra e pleurite destra; 1923: pielonefrite calcolosa destra (operato); 1930: ulcera duodenale (operato).

20) R. R., di anni 38, impiegato. Diss. destro, labile. Adeniti cervicali a destra. Bronchiolite biapicale tbc. e pleurite basilare destra. Periostite tbc. alla tibia destra.

21) S. N., di anni 36, pastaio. Diss. destro, labile. Soffrì nel 1922 di pleurite destra e nel 1923 di pleurite sinistra.

22) V. D., di anni 52, ufficiale dei RR. CC. Diss. sinistro, labile. Da giovane soffrì di adenite inguinale sinistra non venerea e successivamente di emorroidi. Nel novembre 1917 in Libia ammalò di tifo Dal dicembre 1917 soffrì saltuariamente di leggeri attacchi di colecistite.

La interpretazione di alcuni fra i dettagli da me segnalati per identificare la metà od il segmento più labile del corpo umano non ha bisogno di essere discussa, perchè la genesi costituzionale di essi appare manifesta. Così per es. non sembra che lascino luogo a dubbio circa la loro origine costituzionale il minore sviluppo di una metà della fronte o di una metà delle ossa della faccia (zigomo, mascellare inferiore) o la ubicazione di un occhio o di un orecchio su di un piano arretrato rispetto all'altro, quando manca qualsiasi traccia di alterazioni anatomo-patologiche riferibili a processi morbosi preesistenti.

Altri dettagli invece, come il differente sviluppo dei muscoli di una metà del collo, o di uno dei cingoli scapolo-omerali e la diversa conformazione di tutta una metà del torace per sviluppo e posizione esigono dei chiarimenti, perchè non rimanga il dubbio che essi rappresentino l'effetto di un processo morboso endocavitario.

L'avere rinvenuto come ho detto in precedenza il minore sviluppo dei muscoli del collo in armonia con la dissimmetria globale di tutta la metà del corpo, in soggetti immuni da malattie specifiche o che presentavano solo la omolateralizzazione di un'otite catarrale e di un'ernia inguinale induce a ritenere che non in tutti i casi la deficienza unilaterale di tali gruppi muscolari debba considerarsi come

espressione di una ipotrofia legata a processi specifici dell'apparato respiratorio.

Si comprende bene come l'attecchimento di un processo tubercolare endotoracico defedando tutto l'organismo possa e debba far risentire in prevalenza la sua azione deleteria sui muscoli più vicini e facenti parte di un segmento costituzionalmente labile.

Dimostrato che non in tutti i casi il diverso stato di sviluppo dei muscoli del collo possa ritenersi come conseguenza di un processo tubercolare è da chiedersi quale interpetrazione si possa dare al più spiccato incurvamento ed alla maggiore sottigliezza della clavicola rinvenuti qualche volta nell'emitorace più labile.

La constatazione di tali dettagli anche in soggetti immuni da processi tubercolari offre l'argomento più solido in favore della genesi costituzionale di questi particolari della dissimmetria.

Ed anche quando la clavicola più curva o più sottile si trovi associata ad un processo tubercolare più o meno diffuso del polmone corrispondente, insorto nell'età adulta, sembra sia lecito escludere che la morfologia dell'osso possa essere stata influenzata dal processo specifico al punto da potersi considerare come una conseguenza dell'affezione tubercolare polmonare.

Un'altra considerazione emerge dalla casuistica elencata; non tutti cioè i segmenti della metà labile del corpo sono in ogni caso ugualmente vulnerabili.

Mentre difatti il caso n. 18 dimostra in maniera inequivocabile la destro-labilità diffusa che iniziatasi con una appendicite, si affermò con una peritonite destra (sindrome addominale destra del Leotta) e successivamente apparve più evidente con la pleurite e l'otite sempre a destra ed il caso n. 19 si appalesa presso a poco con la medesima estensione della labilità, i casi invece di omolateralizzazione limitata e quelli indicanti una sola localizzazione vengono a suffragare il concetto che la labilità concide è vero con la metà del corpo almeno apparentemente meno sviluppata, od ubicata su di un piano arretrato, ma che tale labilità non investe ugualmente tutti i segmenti di essa.

Gli ultimi due casi riferentisi a localizzazioni morbose anche in organi non compresi nella metà più debole del corpo morfologicamente segnalata dalla dissimmetria, stanno ad indicare che la labilità, legata in genere alla dissimmetria può essere modificata o dalla sede di predilezione di speciali germi, come per es. il tifo per la cistifellea, o da altri fattori non emersi o sfuggiti alla mia osservazione.

Il tema ha bisogno di essere ancora molto approfondito, giacchè solo da uno studio completo potrà emergere il valore etiologico reale della dissimmetria.

Uscirei dai confini ristretti impostimi nel comunicare questa prima nota, se pretendessi anche di sfiorare la interpetrazione e la genesi della dissimmetria, i suoi rapporti con la labilità assoluta o relativa dei diversi segmenti del corpo umano, problemi che esigono estese ricerche nei diversi campi della biologia.

A me basta di aver segnalato la non infrequente localizzazione od omolateralizzazione dei processi morbosi nella metà e nel segmento del corpo umano che appare meno sviluppato o che, per sfalsamento di piani, si mostra ubicato in una posizione arretrata, rispetto al segmento omologo.

Tale coincidenza mi fa sperare di avere individualizzato nella dissimmetria del corpo umano uno dei fattori controllabili della predisposizione individuale.

Roma, lì 12-11-1932, A. XI.

RIASSUNTO.

L'A. rileva che il corpo umano è dissimmetrico, non solo internamente, ma anche nella morfologia esterna: una metà dei varii segmenti del corpo (cranio, faccia, collo, torace, addome) appare meno sviluppata od ubicata su di un piano arretrato in rapporto all'altra metà.

La dissimmetria in certi soggetti è totale, interessa cioè tutta una metà del corpo. In altri individui si mostra crociata; appare meno sviluppata per es. la metà destra della fronte e la metà sinistra del torace.

In numerose osservazioni ha potuto rilevare la localizzazione dei processi morbosi nei segmenti del corpo che apparivano meno sviluppati od ubicati su di un piano arretrato. Nei dissimmetrici totali (destro-labili o sinistrolabili) non era infrequente la omolateralizzazione delle infermità.

Ne deduce che occorrono altre ricerche nei vari campi della biologia per potere stabilire il valore reale della dissimmetria come fattore controllabile della predisposizione individuale.

BIBLIOGRAFIA.

1) APOLLONIO. *Pneumonite lobare, receduta da otite interna suppurativa in un nefritico.* Gazzetta degli Ospedali, 1899.

2) SOLIERI S. *Ueber den epigastrichen schmerz bei appendicitis.* Mitteilungen aus den Grenz der Med. und Chir., Band 25, 1912.

3) ID. *Su la gastropatia iperacida di origine appendicolare.* Rivista Ospedal., 1913.
4) CAMPEGGIANI M. *Sulle otiti suppurate e loro complicanze nella polmonite franca lobare.* Tipografia del Campidoglio, Iori, via delle Tre Pile, n. 5, 1914.
5) SOLIERI S. *Sintonia patologica dell'addome destro.* Policlinico, Sez. Pratica, 1925.
6) VISANI C. *Sintonia patologica dell'addome destro.* Tesi della Clinica Medica della Università di Firenze, luglio 1927.
7) SOLIERI S. *Ancora sulla sintonia patologica dell'addome destro.* Policl., Sez. Prat., 1930.
8) LORETI M. *Il dolore epigastrico nell'appendicite ed il riflesso appendiculo-gastrico del Solieri controllati con l'anestesia.* Ibid., 1931.
9) BUFANO M. *Contributo alla conoscenza delle sindromi determinate da ipertonia neurogena della cistifellea* La Riforma Medica, n. 28, 1931.
10) LEOTTA N *Sindromi consociate dell'addome destro.* Relazione al 38° Congresso della Società Italiana di Chirurgia, Bari, 12-18 ottobre 1931.
11) SOLIERI S. *Costituzioni, vagotonismo e sintonia patologica dell'addome destro.* Policlinico, Sez. Pratica, marzo 1932.
12) TADDEI D. *La simpaticosi addominale.* Le Forze Sanitarie, anno 1°, n. 3, aprile 1932.
13) MENSI E. *Un nuovo segno di prematurità. Divisione del corpo in due metà di diverso colore.* Clinica ed Igiene infantile, VII, n. 8, 1932.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Lipomatosi con enorme dilatazione ed ipertrofia dell'ileo terminale.

Dott. MARIO MELLETTI,
chirurgo primario - Pergola.

Ho creduto di dare questa denominazione alla forma morbosa che mi accingo a descrivere, perchè, al contrario di quanto si legge in quasi tutti i lavori sull'argomento dei lipomi intestinali, dove vengono quasi costantemente descritti uno e di rado pochi lipomi, e di volume non gigantesco, nel caso che è venuto sotto la mia osservazione si trattava invece di un numero grande di tumori lipomatosi, di cui molti raggiungevano un volume insolito, e il cui sviluppo evidentemente aveva provocato una enorme dilatazione dell'ileo terminale.

Mi pare che questo caso meriti di essere reso noto, non solo perchè i tumori lipomatosi dell'intestino (crasso o tenue che sia) sono molto rari, ma perchè in questo il numero delle masse lipomatose, la loro disposizione e grandezza, l'ipertrofia del tratto intestinale interessato, determinavano un quadro anatomico, che, stando almeno al confronto colle descrizioni di casi analoghi, deve considerarsi addirittura eccezionale. Inoltre questo argomento verte nel campo delle lesioni addominali, in cui la diagnosi non si può mai porre nè con sicurezza, nè con approssimazione, perchè nessun sintoma è caratteristico e perchè non è lecito pensare a un caso raro, quando gli stessi sintomi o sindromi morbose possono anche essere le manifestazioni cliniche di lesioni assai più comuni.

Si tratta di un uomo di 35 anni, B. Marino. Nessun precedente famigliare o personale. È persona di aspetto sano e robusto. Costituzione scheletrica regolare, statura media, masse muscolari bene sviluppate, pannicolo adiposo scarso, sanguificazione ottima, colorito della pelle bruno. Normalissimi i sistemi circolatorio, respiratorio, nervoso e uropoietico. Non ha avuto mai malattie degne di nota. È insomma un uomo sano e vigoroso, un individuo del tutto normale.

La malattia attuale rimonta ad un paio di anni circa. Egli ha incominciato ad avvertire un dolore crampiforme al quadrante inferiore destro dell'addome, che nei primi tempi si ripeteva di rado (ogni qualche mese o settimana) e che in seguito è andato sempre più intensificandosi per frequenza e per violenza, fino a verificarsi quasi tutti i giorni, come avveniva al momento del suo ingresso in ospedale. Il dolore crampiforme insorgeva improvvisamente ed in qualsiasi ora della giornata, indipendentemente dai pasti, un poco a destra ed in basso dell'ombellico. Immediatamente il paziente notava il formarsi, nel punto medesimo, di una tumefazione liscia, sporgente di poco sul piano della pelle, della grandezza di un pugno, ma più allungato dall'alto al basso. Dopo pochi minuti, con un senso di liquido che scorre, tutto cessava, e l'addome riprendeva il suo abituale aspetto. All'infuori delle crisi dolorose il p. non avvertiva assolutamente alcun disturbo intestinale. Non ha avuto mai vomito, mai elevazioni termiche, mai stitichezza, nè diarrea, nè emissione di mucosità o di sangue colle feci (neppure all'esame microscopico e chimico).

L'esame obbiettivo non rivela nulla. Addome trattabile e molle in tutti i settori, avvallato, indolente. Nessuna sensazione men che normale si avverte palpando il quadrante i. d. dove appunto il p. localizza i suoi sintomi. Solo una volta (qualche giorno prima dell'intervento) nel momento di una crisi dolorosa si era sentito colla mano il tumore, con i caratteri medesimi, del resto, descritti dal malato. Quella volta la massa, dolente alla palpazione, di consistenza duro-elastica, della grandezza di un pugno allungato, aveva sede un po' più all'interno ed in alto della regione ileocecale propriamente detta; il suo diametro longitudinale poteva corrispondere al terzo laterale del muscolo retto addominale; il centro, due centimetri sotto l'ombellicale trasversa.

Questa semplice e modesta (ma non chiara) sintomatologia, non è stata per nulla delucidata da ripetuti esami radiologici fatti sia coll'ingestione, sia col clistere di solfato di bario, col quale si è potuto solo rilevare una incontinenza della valvola ileo-cecale. Il paziente richiede esso stesso un intervento chirurgico, che naturalmente non viene rifiutato, non fosse altro che a scopo esplorativo.

La sede della massa palpabile durante le crisi dolorose dava piuttosto l'impressione di qualche cosa che appartenesse all'ileo, piuttosto che al cieco. Tuttavia si intervenne colle ipotesi, ritenute meno improbabili, di una intussuscezione cronica ileo-cecale, determinata da un fattore ignoto, ovvero di un cieco mobile con fenomeni di torsione. Inutile dire che tali ipotesi non soddisfacevano punto e non potevano valere altro che per tali.

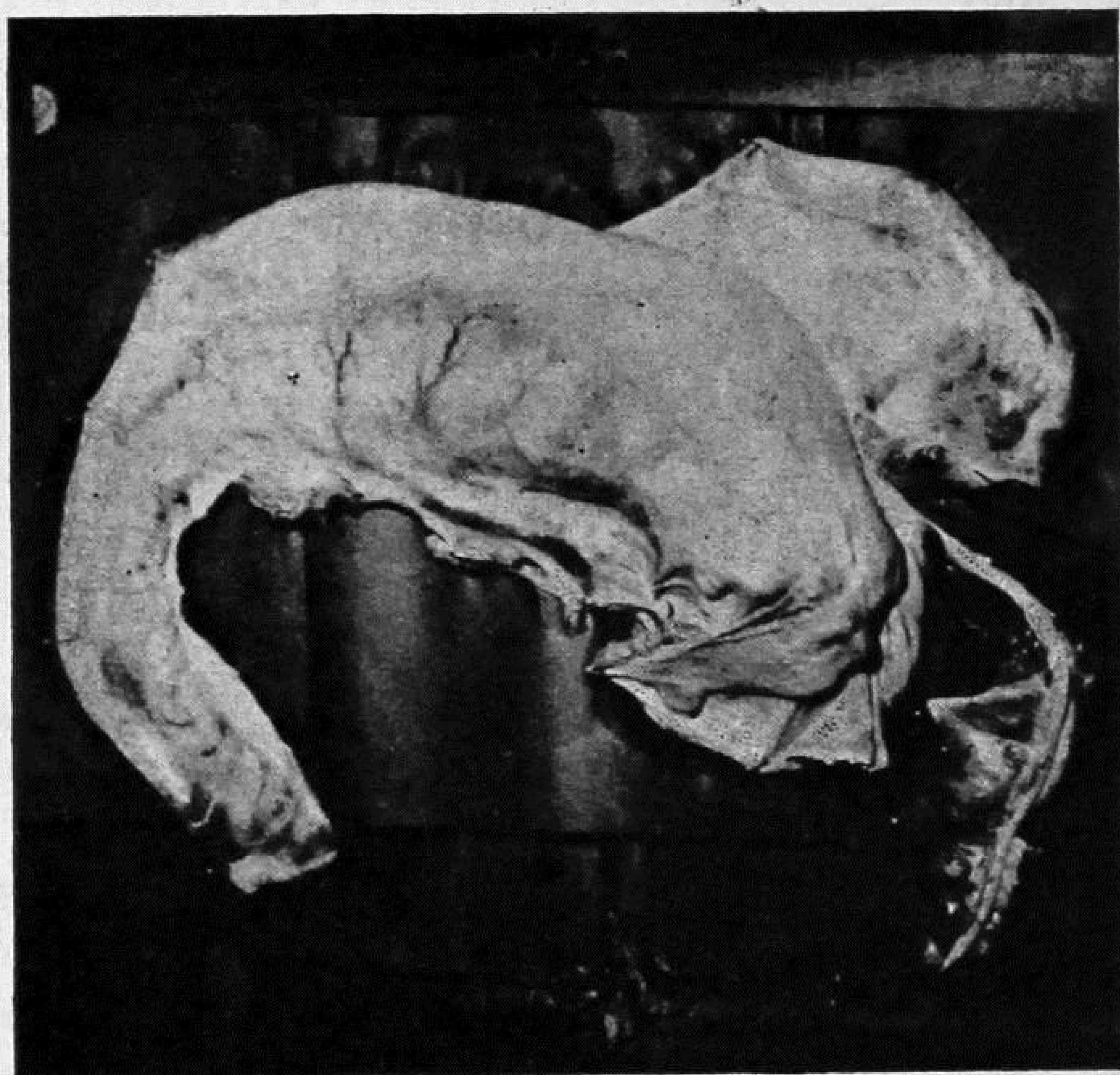
Operazione, 7-XII-1932. Si pratica una laparotomia pararettale destra di Jalaguier, piuttosto ampia (circa 15 cm.). Appena aperta la cavità peritoneale, che non contiene liquido ed ha pareti liscie, di aspetto normale, si vede subito una grossa massa oblunga diretta come l'incisione praticata, liscia, del volume di un grosso braccio di uomo e più, e che si perde sotto gli angoli superiori e inferiori della ferita laparotomica. Essa ha un colore grigio roseo, ha consistenza molle e a prima vista ricorda assai bene l'aspetto dei cistomi ovarici. Con facilità la massa viene estrinsecata, ed allora si può accertare che essa è costituita dall'ultima parte dell'ileo, per una lunghezza di circa 50 cm. Insieme a questo tratto si estrinseca anche il cieco, molto lungo e dilatato e con pareti spesse. L'appendice ha anch'essa un aspetto gigantesco, essendo lunga una ventina di cm.; ma specialmente il suo meso, che ne circonda la circonferenza per tre quarti, essendovi essa quasi affondata, è impressionante per la grandezza e lo spessore. Il suo colore è quello solito del grasso. Infine, colla porzione estrinsecata, viene esposta anche un'altra formazione che suscita nei presenti quasi un'ilare meraviglia per la sua grandezza. Si tratta della frangia epiploica dell'ileo, che normalmente ha una larghezza di appena un cm. ed una lunghezza di 2-3 cm. e che qui invece formava, come si vede bene nella figura, una specie di grembiule di grasso dell'ampiezza e dello spessore di una mano di adulto.

Di fronte ad un reperto operatorio di questo genere (e data anche la natura evidentemente benigna dell'affezione, per l'aspetto e la consistenza molle e liscia dell'intestino) l'unica condotta terapeutica da seguire era la resezione ileo-cecale, che infatti viene iniziata. A questo punto si nota che anche il tenue soprastante al tratto ingrossato, e che si continua bruscamente con questo, ha un diametro ed uno spessore delle pareti assai più grande del normale, paragonabile almeno al tenue di un bove.

La resezione intestinale si fa sezionando prima su pinze il mesenterio fino al cieco, poi scollando il cieco e parte dell'ascendente dalla parete addominale posteriore e recidendo grosse vene che serpeggiavano sulla sua faccia aderente. Una forte briglia connettivale, che univa l'ascendente, verso la sua metà, colla parete laterale dell'addome, viene recisa. Sezionati poi col cauterio il tenue e l'ascendente, che è molto ampio, data la differenza dei diametri, si chiudono con doppia sutura i capi e poi si ristabilisce la continuità intestinale con un'anastomosi ileo-colon ascendente latero-laterale, in posizione isoperistaltica, unendo poi con punti staccati le sezioni del mesenterio e le lamine peritoneali del colon. Si sutura a tre strati la parete senza drenaggio.

Il decorso post-operatorio è stato dei più regolari. Dopo 36 ore vi è stata emissione di gas. In settima giornata l'operato, senza avvertire nessuno, è sceso dal letto per andare di corpo. Dopo 11 giorni dall'intervento l'operato è uscito colla ferita perfettamente cicatrizzata.

Dalla figura qui riportata si potrà avere una idea della grandezza del tratto asportato. La parte terminale dell'ileo, enormemente ingrossata, ha una lunghezza di 45 cm. In alto si continua bruscamente — a guisa dello stomaco coll'esofago — col resto del tenue, che, come si è detto, è ipertrofico. In basso imbocca nel cieco con una enorme apertura, simile ad un ampio ostio vulvare di pluripara, dove si possono introdurre comodamente tre dita di ciascuna mano per esaminarne l'interno. La valvola del Bahuino ha spessore e altezza proporzionali all'orifizio che era destinata a guernire. Il colon ascendente, sezionato poco sopra l'imbocco ileale, è molto ampio e con pareti abbastanza spesse, circa il doppio della norma. Le dimensioni dell'appendice col suo meso,



e della frangia epiploica si riconoscono bene dai rapporti della figura. La consistenza della massa è uniformemente molle e sfuggente. La tunica sierosa è a larghi tratti ispessita ed opacata, e soppannata da larghi depositi di grasso, che in qualche punto assumono la forma di veri lipomi, di grandezza non superiore a una mandorla. Il meso-appendice e la frangia epiploica sono costituiti pure da tessuto adiposo e, macroscopicamente almeno, non si vede nel loro spessore traccia di tessuti diversi.

La circonferenza massima del tratto di tenue è di cm. 35. Quella interna di cm. 25. Il mesenterio è anch'esso spesso e ricco di grasso, ma non presenta veri lipomi. Il peso di tutta la parte asportata è di gr. 1850.

Sezionata longitudinalmente, si può constatare quanto segue tutta l'emicirconferenza intestinale opposta all'inserzione mesenteriale, anzi i due terzi della circonferenza, sono disseminati di formazioni lipomatose a sede sottomucosa, che per dimensioni vanno da quelle di una noce a quelle di grossi aranci. I lipomi più voluminosi (una diecina) sono tutti scaglionati di fronte all'inserzione mesenteriale, come si è detto; essi respingono la mucosa verso il lume e sono separati tra loro da profondi solchi trasversali, dando alla superficie interna dell'intestino un aspetto grossolanamente lobato. I lipomi più piccoli si posso-

no contare in numero di una ventina. La mucosa è ricoperta di abbondante muco, è abbastanza spessa (1 mm. circa) ed in corrispondenza del centro dei tumori più voluminosi ha un colorito scuro, rosso-vinoso: negli altri punti è grigio-rosea. Le masse lipomatose sono aderenti alla mucosa, ma si staccano bene dalla muscolare sottostante per la presenza di una lassa sottomucosa, che forma una specie di piano di clivage. Tutti i lipomi sottomucosi sono circondati da una sottile capsula connettivale, che li individualizza. Al contrario, le formazioni lipomatose sottosierose non si possono facilmente enucleare e sembra non siano rivestite di capsula propria, continuandosi gradatamente col tessuto sottosieroso.

La tunica muscolare presenta un'enorme ipertrofia, sia nei punti corrispondenti alle masse, che nei tratti vicini al mesentere. Essa ha lo spessore di tre mm., di cui lo strato circolare forma la parte maggiore, e che si vede, nei tagli condotti secondo la circonferenza, come un'orditura di fasci di fibre paralleli della grossezza di uno spago da calzolaio. Incidendo longitudinalmente dalla parte della sierosa si vede pure una notevolissima ipertrofia delle fibre longitudinali, per quanto meno cospicue delle altre. Infine la sierosa, che ha superficie ondulata per la presenza di masse lipomatose più o meno appiattite, ha in molti punti aspetto opaco, a guisa di una membrana connettivale o di una fascia muscolare.

L'appendice vermiforme ha una lunghezza di 22 cm., con uno spessore un po' maggiore della norma, ed è come affondata nell'enorme mesenteriolo, che ne riveste anche la punta. Essa è è piena di contenuto fecale; ma non presenta segni macroscopici di flogosi. La frangia epiploica è, come si è detto, gigantesca, ma non presenta ispessimenti della sierosa nè segni di flogosi. Infine il cieco è molto ampio, con pareti notevolmente ipertrofiche, e con grosse vene che serpeggiano sulla sua faccia posteriore extraperitoneale; ma non presenta nemmeno esso tracce macroscopiche di infiammazione nè traccia di lipomi. Il tenue soprastante è molto ingrandito e con pareti ipertrofiche. Per non prolungare l'intervento — già abbastanza complesso — non ho esplorato fin molto in alto la porzione orale del tenue per vedere, fino a che altezza si estendeva questa ipertrofia, e mi sono limitato a resecare a circa 20 cm. sopra l'inizio della porzione invasa dai lipomi.

Esame microscopico delle pareti. — In complesso non si osserva al microscopio nessuna modificazione sostanziale dei diversi tessuti esaminati. Invece è rilevantissima l'ipertrofia delle pareti intestinali, sia in corrispondenza dei lipomi, sia nella zona soprastante resecata. Indipendentemente dalle masse lipomatose, tale ingrossamento è soprattutto a carico delle tuniche muscolari. I due strati, circolare e longitudinale, nella zona dei lipomi hanno insieme uno spessore di 3 mm., di cui un po' più della metà appartiene allo strato circolare. Questo, con un piccolo ingrandimento (56 diam.) occupa ed oltrepassa il campo microscopico ed è formato da densi fasci con nuclei ben colorati e con qualche rara cellula migrante qua e là infiltrata tra le fibre. La *muscularis mucosae* è anch'essa molto più spessa della norma, e conserva la sua aderenza col chorion mucoso. I tumori lipomatosi a sede sottomucosa respingono verso il lume la tunica mucosa colla sua *muscularis*.

L'epitelio non rivela nulla di caratteristico. Il chorion si presenta riccamente infiltrato di cellule linfatiche e di cellule migranti, e contiene numerose cellule sedentarie di Renaut, specialmente quelle a protoplasma rifrangente ed a reazione istochimica dell'emoglobina. Per ogni villo intestinale se ne possono contare da 15 a 20. I follicoli solitari e aggregati non presentano di caratteristico null'altro che una modica iperplasia.

Infine le sezioni praticate sul tessuto lipomatoso dimostrano semplicemente delle cellule grasse, come qualsiasi tessuto adiposo, e un discreto numero di linfociti e cellule migranti; non tali tuttavia da far pensare a processi flogistici.

In confronto ai tumori maligni dell'intestino i tumori benigni rappresentano, come è ben noto, una rarità, che anche ad un chirurgo molto sperimentato potrà capitare poche volte nella sua carriera. Il lipoma poi non è il più frequente tra i tumori benigni, poichè verrebbe per ordine di frequenza dopo l'adenoma, o, secondo altri, anche dopo il mioma. Il lipoma è dunque un tumore molto raro. Rispetto poi al numero, nella maggior parte dei casi è unico ed è poco voluminoso, tanto che, al di fuori delle possibili complicazioni, esso non dà generalmente nessun disturbo al portatore. Tumori lipomatosi grossi e multipli (specialmente a sede sottomucosa) si sono riscontrati in una piccola percentuale di casi (un decimo circa). Ma per le ricerche fatte nella letteratura posso quasi sicuramente affermare che non vi è descritto nessun caso che possa paragonarsi a quello sopra esposto, non solo per il numero e la grossezza di molti dei lipomi sottomucosi, ma anche per l'enorme ipertrofia e dilatazione del segmento di tenue che li accoglieva ed anche, in notevolissima misura, dei segmenti intestinali sopra e sottostanti. In modo che, come accennavo prima, la parte di tenue interessata pareva un grosso e lungo stomaco attaccato ad un esofago ipertrofico da una parte, e dall'altra ad un colon assai ampio, se pure con pareti non molto ispessite.

Di tali tumori intestinali (tenue e colon, compreso il retto) se ne trovano dunque nella letteratura un numero assai limitato. Il Derocque, nel 1924, ne raccoglie 104 casi. Il Polak, nel gennaio 1928 ne raccoglie, con i suoi due casi, 128. Il Mirolli, nell'anno 1929, 156 casi. Credo, dalle ricerche fatte, che in questi ultimi anni non ne siano stati pubblicati altri.

Per l'*anatomia patologica* sono degne di rilievo le seguenti particolarità. Il tumore (o i tumori) si sviluppano con frequenza quasi pari nel tenue e nel crasso. Nei 104 casi raccolti dal Derocque infatti il tenue era interes-

sato 49 volte, il grosso intestino 52 volte, mentre in tre non era precisata la sede. Come ho detto, nella gran maggioranza dei casi si trova un solo lipoma; in circa un decimo se ne trovano più d'uno.

Il volume è per lo più modesto, come una nocciola o una noce; ma qualche volta si sono trovati tumori di volume cospicuo, come un pugno (caso di Marchand, di Cicala, di Klein) o come una testa di bambino (caso di Hoyt, caso di Link). I tumori più voluminosi si sono trovati specialmente nel grosso intestino, o nello stomaco, come in un caso di Spitzmüller. L'impianto può essere sessile o peduncolato. La forma è ovoide o rotondeggiante, con superficie leggermente bernoccoluta per la sporgenza dei vari lobi di grasso separati da lacinie connettivali.

La sede dei tumori è quasi sempre nella sottomucosa intestinale, dove, aumentando di volume, respingono verso il lume la mucosa colla sua muscularis, che appare spesso ispessita per ipertrofia delle fibre. La mucosa invece sarebbe il più delle volte assottigliata per la distensione cui è sottoposta e per l'impoverimento della circolazione, che qualche volta può arrivare fino alla necrosi e alla ulcerazione.

Secondo la maggioranza degli autori la tunica muscolare sarebbe poco modificata. Questo dato è contrario a quanto io ho riscontrato nel caso descritto, dove essa era fortemente ispessita per vera ipertrofia delle fibre circolari e longitudinali. Tale reperto va certamente spiegato colla presenza di un gran numero di grossi lipomi, che si erano sviluppati in massima parte nella sottomucosa, e con i conseguenti fenomeni di spasmi e contratture (che clinicamente si rivelavano con i dolori crampiformi) insieme allo sforzo che doveva compiere la muscolatura intestinale per far progredire il contenuto attraverso un lungo tratto di parete enormemente dilatato e molto irregolare per tutte quelle masse che sporgevano nel lume. Solo pochi autori (tra cui cito il Polak, l'Hiller e il Francini) hanno trovato, come nel mio caso, ipertrofia delle tuniche intestinali.

I lipomi sottosierosi, più rari, sono stati trovati sia in corrispondenza della parete intestinale (soprattutto nel grosso intestino) sia nel tessuto adiposo delle frangie epiploiche (il Malapert trovò un lipoma sviluppatosi in una frangia epiploica del sigma e grosso come una testa di adulto).

Infine sarebbe stato descritto dal Cassanello una varietà di lipoma intraparietale, che protrudeva tanto verso la sierosa, che verso la mucosa. Ma questa varietà, anche se istologicamente confermata, è del tutto eccezionale, per cui non dobbiamo tener presente che le due varietà sottomucosa e sottosierosa.

Qual'è il *decorso clinico e la sintomatologia* dei lipomi intestinali?

Si può senza dubbio affermare che l'uno e l'altra variano entro i limiti più ampi e che nulla hanno di caratteristico. Il lipoma intestinale può passare *completamente inavvertito* per un numero indeterminato di anni, ovvero può dare sintomi variabili per durata e intensità, fino alla sindrome dell'*occlusione acuta per invaginamento*. Dall'uno all'altro di questi due estremi si passa per un numero indeterminato di gradi intermedi. Volendo classificare, si possono clinicamente distinguere tre gruppi:

a) casi completamente latenti e che vengono scoperti incidentalmente (secondo Derocque 22 casi su 94 lipomi sottomucosi del tenue, cieco e colon);

b) casi che traducono la loro presenza per mezzo di una sintomatologia cronica. Questa (che però non ha nulla di caratteristico) è data da dolori addominali a sede non fissa, o da senso di fastidio e pesantezza, accompagnato da costipazione, specialmente se il tumore è nel grosso intestino (come nei due casi di Polya). Altre volte si possono avere crisi addominali consistenti in crampi o coliche, che cedono alle cure mediche, o che possono essere l'inizio dell'incidente acuto dell'invaginazione; molte volte si è notata diarrea alternata con stitichezza, e presenza di sangue nelle feci (ulcerazione della mucosa per necrosi ischemica). In genere lo stato generale non è molto alterato; tuttavia il dimagramento è frequente (10 Kg. in un caso di Polya, 8 Kg. nel caso da me curato). Data la rarità dei tumori benigni dell'intestino, e in particolare dei lipomi, è naturale che quando l'idea del medico sia rivolta verso una lesione non infiammatoria, e specialmente se vi è sangue nelle feci, si pensi immancabilmente ad un neoplasma di natura maligna.

L'evoluzione di tali casi ad andamento cronico, o con accidenti che si ripetono ad intervalli, può far capo o al costituirsi della sindrome acuta, o più raramente all'espulsione spontanea del lipoma (se unico e peduncolato), sia solo, sia eccezionalmente insieme ad un tratto di intestino invaginato e caduto in necrosi. Su questi casi fortunati naturalmente non bisogna contare, tanto più se già è intervenuto l'invaginamento. Essi si sarebbero verificati nel 6-7 % di tutti i casi pubblicati;

c) l'occlusione acuta infine costituisce il terzo modo di manifestarsi del lipoma intestinale isolato. Essa nulla ha di caratteristico di fronte alla gran classe delle occlusioni, e nulla può farne immaginare la causa, perchè, come si è detto, anche i sintomi cronici, che il tumore può avere dato in passato, non hanno mai permesso ai più attenti osservatori di formulare la diagnosi. L'occlusione può insorgere d'emblée (fatto più raro) o essere l'ultima evenienza di una sintomatologia cronica recidivante di occlusioni risoltesi spontaneamente o coll'aiuto di mezzi medici. È certo, dai reperti operatori e necroscopici, che nella massima parte dei casi l'occlusione è dovuta ad invaginamento dell'intestino, essendo formata la testa dell'invaginazione precisamente dal tratto intestinale che ospita il tumore. Infatti, questo si è trovato sempre alla testa dell'invaginato e in alcuni casi è stato anche visibile e palpabile coll'esplorazione rettale. Solo in un caso il tumoretto fu trovato a monte della testa dell'invaginazione, il che venne spiegato con un principio di disinvaginazione spontanea.

Quanto alla frequenza di questa complicazione in rapporto alla sede del tumore, dalle statistica risulta che essa è notevolmente più frequente nei tumori del tenue che non in quelli del crasso; il che trova le stesse ragioni anatomiche che nelle invaginazioni di altra natura (mobilità del tenue, lunghezza del meso, ecc.). Infine in un piccolo numero di casi (come in quelli di Bland Sutton, Russel, Labey) la sindrome di occlusione sarebbe stata determinata dalla sola presenza del tumore e dallo spasmo della parete intestinale. Ma in questi casi si trattava di tumori del grosso intestino.

Nel caso occorsomi una vera invaginazione non si è probabilmente mai prodotta durante le crisi cui andava soggetto il malato. Sono indotto a spiegare queste ultime come semplici spasmi del tenue, la cui violenza era in rapporto collo spessore della muscolatura intestinale; o al più come tentativi di invaginazione, che non riuscivano a produrla a causa dello spessore delle pareti intestinali.

Per la *diagnosi* un posto importante dovrebbe spettare alla radiologia. Ma non risulta che tali malati siano stati sempre ed esaurientemente studiati coll'esplorazione radiologica. Il che certo è da attribuire al fatto che il maggior numero di interventi è stato praticato in occasione dell'incidente acuto, cioè nel momento meno opportuno per un tal genere di ricerche. Tuttavia, anche nei casi operati a freddo la radiografia non avrebbe dato risultati concreti.

L'imagine radiografica infatti può (benchè non frequentemente) essere dimostrativa nel caso che il tumore abbia sede nello stomaco, perchè questo viscere ha un contorno anatomicamente semplice, ben definito, ed una mobilità ritmica, tipica, ben conosciuta: il che non si può dire dell'intestino. Il crasso, oltre ad avere forma, lunghezza, decorso e sede variabilissimi da individuo ad individuo, oltrechè il suo stato di maggiore o minore contrattura, pure variabili, rende il suo contorno quanto mai irregolare, non è quasi assolutamente possibile sorprenderlo nei rari momenti di peristalsi, il che potrebbe allo schermo favorire la scoperta di un tumore benigno. L'indagine fatta col clistere potrebbe in teoria dimostrare un difetto di riempimento: ma innanzi tutto il tumore, per essere visto, dovrebbe risiedere sui margini dell'intestino; secondariamente l'interpretazione sarebbe incerta per la sinuosità dei contorni intestinali e per il facile scambio con un incompleto riempimento o con un difetto dovuto a causa estrinseca: e bisognerebbe ripetere almeno più volte la ricerca. Quanto ai lipomi del tenue, le difficoltà si possono identificare con quelle relative al crasso, coll'aggiunta di questi due fatti: non è facile, per la continenza della valvola ileo-cecale, eseguire il riempimento dell'ileo col clistere opaco, il che è già qualche cosa per chi voglia studiare la forma anatomica, più che la funzione, di un viscere cavo; infine il pasto opaco si ferma poco tempo nelle anse del tenue, raccogliendosi ben presto nel cieco e ascendente, mentre le anse che rimangono in un primo tempo ripiene, si ammassano nel punto declive dell'addome, sovrapponendosi e confondendosi tra loro.

Questi sono i motivi per cui nemmeno radiologicamente è stato possibile mettere in evidenza i lipomi intestinali. Nel caso poi che ho avuto in cura, dato l'amplissimo diametro del tratto di tenue terminale interessato, è da ammettere che il pasto opaco non possa averlo riempito che in piccola parte della sua circonferenza, e non abbia pertanto fatto risaltare la sua forma e la sua grandezza. È vero che il clistere opaco fatto più volte (poichè io dubitavo di un cieco mobile soggetto a volvolo) aveva dimostrato una cospicua dilatazione del cieco ed una incontinenza della valvola ileo-cecale; ma da questo alla diagnosi di lipomi intestinali c'è molta strada. Al più l'incontinenza della valvola poteva far pensare

(data l'assenza di importanti segni clinici) ad una malformazione congenita.

In conclusione, nè l'esame clinico più accurato, nè l'indagine radiologica possono condurre alla diagnosi di lipoma o lipomi intestinali. Nei casi rari in cui si è potuto mettere in evidenza l'esistenza di una massa solida, la mente è corsa all'idea di tumore maligno, per la incomparabile maggior frequenza. Nemmeno il comportamento dello stato generale può fare qualche luce, perchè si sa che i tumori eterologhi del grosso intestino hanno un andamento assai lungo e possono lasciare, per un lungo periodo, poco alterate la nutrizione e la sanguificazione; e d'altra parte anche i lipomi, come si è detto, possono dare anemia e dimagramento notevole, ed anche più o meno larvate enterorragie.

Per quanto mi risulta dalla letteratura infatti una diagnosi preoperatoria non è stata mai fatta. Nei casi operati durante la crisi di occlusione la diagnosi si è sempre limitata al fatto acuto, che può essere determinato da un numero molto grande di condizioni anatomopatologiche e che non può essere attribuito alla presenza di un lipoma, salvo il caso che il tumore si senta per via rettale.

Il *trattamento* dei lipomi intestinali è di natura chirurgica. È chiaro che il metodo operatorio praticato dai diversi autori è stato diverso a seconda del reperto addominale. I lipomi del retto, che per lo più sono peduncolati, si tolgono agevolmente per via anale, sia colla legatura del peduncolo, sia coll'enucleazione sottomucosa, se il tumore ha larga base d'impianto. Negli altri tratti intestinali, e nello stomaco, il tumore, se non molto voluminoso, si asporterà coll'incisione del viscere e quindi colla sezione del peduncolo o colla enucleazione sottomucosa. In caso di tumori grossi o multipli non resta che la resezione intestinale. Nel malato che io ho operato era evidente la necessità di un'ampia resezione ileo-colica, data la lunghezza del tratto invaso e il numero grande dei lipomi, e data la dilatazione del cieco e il gigantismo dell'appendice e del suo meso. Per la tecnica di questo intervento occorre tenere presente che non bisogna esagerare nell'ampiezza della stomia, per non favorire coll'andar del tempo, la tendenza dell'ileo ad assumere una disposizione perpendicolare all'asse del colon (Tönnis) che trasforma l'anastomosi da latero-laterale in termino-terminale e che favorisce il formarsi di uno sperone della mucosa opposta alla bocca anastomotica, che viene attratto nel lume del grosso intestino, determinando disturbi di canalizzazione. Sembra che la larghezza della stomia non debba essere superiore a quella dell'ansa innestata.

Ma non mi dilungo sulla scelta che si deve dare nei singoli casi a questo o a quel trattamento operatorio, e alle conseguenze meccaniche e funzionali che i vari metodi possono portare con sè, perchè l'argomento, importantissimo, esce dai modesti limiti di un contributo personale e trova il suo ampio trattamento negli studi di fisiopatologia degli operati di intestino. Aggiungo solo che il trattamento da scegliere per ogni caso deve scaturire da una giusta valutazione delle condizioni locali anatomiche in confronto a quella della resistenza del malato, che gli studi odierni vanno sempre più profondamente esplorando con sempre nuove ricerche sugli organi e apparati.

RIASSUNTO.

Viene descritto un caso di lipomi molteplici dell'ultima parte dell'ileo in un uomo di 35 anni, trattato colla resezione ileo-colica seguita da anastomosi latero-laterale. Il caso è da considerarsi eccezionale per la grandezza e il numero dei tumori lipomatosi e per la enorme ipertrofia del lume e delle pareti intestinali. Premesse alcune nozioni sull'anatomia patologica e sul decorso clinico di questa malattia viene discussa la sintomatologia dal punto di vista clinico e radiologico ed indicato il trattamento terapeutico nelle varie forme e manifestazioni cliniche.

BIBLIOGRAFIA.

BAUER. *Epistola de molis intestinorum.* Losanna, 1757.

CASSANELLO. La Riforma medica, 1921, t. 37, e id., 1912.

DEROCQUE. *I lipomi sottomucosi dell'intestino.* Journ. de Chir., agosto 1924, t. 24, n. 2.

HEINONEN (rif. da POLAK). *Un caso di invaginazione intestinale provocato da un lipoma ecc.* Finska lakares. Handlingar, genn. 1926, t. 63.

LONGO. Il Policlinico, Sez. Chir., 1920, vol. 27.

MIROLLI. *Contributo allo studio dei lipomi intestinali.* Arch. ital. di Chir., vol. 24, fasc. 5, sett. 1929.

NETTO e VICENTE DE AZEVEDO. *Lipomi sottomucosi dell'intestino ecc.* Revista de Med. de S. Paulo, a. 12°, n. 49, 1927.

POLAK. *Due casi di lipomi sottomucosi dell'intestino.* Acta chirurgica scand., vol. 63, fasc. I, genn. 1928.

POLYA. *Sui lipomi dell'intestino.* Zentr. f. Chir., t. 56, n. 40, 5 ott. 1929.

SHELTON HORSLEY. *Intussuscezione da lipoma dell'intestino ecc.* Arch. of Surg., vol. 18, n. 3, marzo 1929.

STETTEN. Surg., Gyn. a. Obst., t. IX, 1909.

VACCARI. *Contributo allo studio dei lipomi dell'intestino.* Arch. Ital. di Chir., vol. 6, fasc. 6, gennaio 1923.

OSPEDALE CIVILE S. SALVATORE DI PESARO.
Direttore e chirurgo primario C. COSTA.

Stenosi intestinale incompleta da strozzamento di un pacco di anse del tenue in una fessura anulare del grande omento.

Dott. ALDO QUATTROCCHI, assistente chirurgo.

Non credo privo di interesse riferire su di un caso occorso alla nostra pratica d'una paziente con sindrome di stenosi intestinale incompleta cronica da strozzamento di un pacco di anse del tenue in una fessura anulare del grande omento, data la rarità eccezionale del reperto riscontrato al tavolo operatorio.

Trattasi di una donna, B. Benilde, di a. 50, da Pesaro, entrata in sezione chirurgica del nostro ospedale il 26-II-32 con diagnosi generica di neoplasia addominale, formulata dal medico curante e convalidata da un radiologo.

Dall'anamnesi non risultano malattie degne di nota; non appendicite, peritonite od altre affezioni addominali che abbiano richiesto intervento chirurgico; mai sofferti gravi traumi contusivi.

La paz. racconta di soffrire di coliche addominali, non assai dolorose, ma persistenti e ribelli alle cure, mal caratterizzate, insorgenti per lo più dopo i pasti, ad inizio e fine piuttosto brusco, non accompagnate da vomito, nè da disturbi della defecazione. Narra che tali sofferenze, in modo più leggero, e separate da lunghi intervalli di benessere, le ha avute fin da bambina, ma che in questi ultimi tempi si sono fatte più intense e frequenti; ogni ingestione di cibo le risvegliava, tanto che la paz. si era avvilita ed era venuta alla determinazione di non mangiare se non alimenti liquidi ed anche questi in quantità esigua perchè così le sembrava di star meglio. Però di conseguenza ne soffrivano le sue condizioni generali, così che il curante esterno, tenuto conto dell'età della paz., del dimagramento notevole e della presenza di una tumefazione palpabile all'addome, fu indotto a formulare la diagnosi di neoplasia addominale.

Dall'esame obbiettivo risulta: donna di costituzione normale; colorito della pelle e mucose visibili normale; pannicolo adiposo sottocutaneo scarso. Esame dei riflessi e della sensibilità normale. Nulla al torace. L'addome si presenta all'ispezione globoso; non si vedono disegni di anse intestinali. La palpazione è lievemente dolente su tutto l'ambito addominale, più dolorosa nella regione mesogastrica, ove si palpa una tumefazione grande come un'arancia, di consistenza variabile nei diversi esami, a limiti indistinti, discretamente spostabile nei movimenti di lateralità. La percussione mette in rilievo un accentuato meteorismo diffuso a tutto l'addome; non si rileva zona di ottusità manifesta in corrispondenza della tumefazione palpabile. Fegato e milza nei limiti; i reni non si palpano. Nulla di patologico rivela l'esame delle urine.

Si pone la diagnosi di occlusione intestinale probabilmente neoplastica e si decide l'intervento, che fu eseguito il 30-II-1932.

Descrizione dell'atto operativo (opera il prof. Costa, assistito dal dott. Quattrocchi).

Narcosi Mass-etere regolare. Laparotomia transrettale destra di 20 cm. circa; eviscerazione del tenue, che mette in evidenza un ostacolo costituito da una grossa corda omentale della misura di un pollice, che avvolge ad anello due anse del tenue; questa formazione in alto si continua coll'omento, in basso con una grande lacinia che va a fissarsi alla fossa ileo-cecale. Il peritoneo che riveste detto anello è liscio e lucente; non vi sono aderenze tra queste e l'intestino; la superficie interna dell'anello, entro la quale muovevansi le due anse intestinali, ha una forma paragonabile lontanamente a una troclea omerale, per lo stampo impressovi dalle anse medesime. Si seziona l'anello strozzante omentale e si reseca l'omento sede dell'anello medesimo; resezione della lacinia omentale che si porta alla fossa ileo-cecale. L'appendice vermiforme è lunga 2 cm. circa, atrofica, totalmente aderente alla parete cecale; la si asporta e si affonda il moncone con punti alla Lembert. Si termina l'atto operativo suturando a strati le pareti dell'addome.

Guarigione per prima intenzione. In dodicesima giornata la paz. viene dimessa dall'ospedale guarita; rivista da noi a tre mesi di distanza dall'atto operativo sta perfettamente bene: non ha più alcun disturbo intestinale, ha ripreso le sue forze ed è ingrassata; mangia di tutto senza notare più alcuna sofferenza.

Dai pochi sintomi raccolti e date le condizioni generali di gravità in cui versava la paziente, non si potè fare prima dell'operazione altra diagnosi che quella di una comune stenosi intestinale incompleta da neoplasia intestinale, giustificata da dolori a tipo accessionale, dalla lenta e progressiva diminuzione delle forze, del peso corporeo, e dall'età della paziente.

Nessuna malattia acuta dell'intestino, nessuna lesione traumatica delle pareti addominali, nessun intervento chirurgico si potè rilevare dalla storia dell'ammalata, che ci facesse orientare verso la giusta diagnosi di natura dell'occlusione, che d'altra parte era impossibile porre con certezza.

Restringimenti cicatriziali del tenue, esiti di tubercolosi chirurgica, danno una sintomatologia riportabile al nostro caso; in quanto alla diagnosi eziologica non può essere stabilita che dai dati anamnestici e dalla eventuale coesistenza di un'altra lesione bacillare in altri organi.

Generalmente si ritiene che queste fessure dell'omento e dei meso, quando si possa escludere con certezza la eventualità d'una rottura interna per contusione addominale, siano di origine congenita.

Il reperto notato nel caso descritto, non ha facile riscontro nella letteratura, anche per la

lunga durata delle manifestazioni morbose, compatibili con una vita non eccessivamente travagliata, e per la mancanza di un'occlusione acuta vera e propria, che avrebbe messo in serio pericolo la vita della paziente, come suole avvenire in simili casi.

RIASSUNTO.

L'A. espone un caso di stenosi intestinale incompleta da strozzamento di un pacco di anse del tenue in una fessura anulare del grande omento, datante da molti anni e compatibile con uno stato abbastanza tranquillo di vita.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le encefaliti dell'infanzia.

(C. PAGET LAPACE. *British Medical Journal*, 13 maggio 1933).

Con i progressi dell'indagine diagnosticata è aumentato il numero dei casi di encefalite dell'infanzia. Molte forme che prima erano attribuite a meningiti sono ora più esattamente diagnosticate e riconosciute come encefaliti. Queste possono seguire alla pustola vaccinica, alla vaiuoloide, alla varicella, allo zoster, all'encefalite letargica, alla poliomielite nonchè alla pertosse, alla parotite, alla rosolia, all'influenza.

Le lesioni che si riscontrano in tali encefaliti da virus sono: degenerazione delle cellule gangliari, vacuolizzazione, neurofagia, zone d'iperemia e piccole emorragie. Il virus raggiunge le cellule nervose per la via del sangue o attraverso i vasi linfatici perineurali ed i liquidi che circondano e proteggono il tessuto nervoso. Ne segue un processo infiammatorio con essudato che comprime le cellule nervose. Se la compressione scompare le cellule riacquistano la loro funzionalità e si ha la guarigione, ma le lesioni prodotte direttamente dal virus sono irreparabili.

Il virus può causare l'encefalite o direttamente o attivando un virus preesistente nell'organismo: così si spiegherebbe perchè anche la rivaccinazione provoca talvolta l'encefalite.

Ciascun virus dimostra una spiccata tendenza ad agire elettivamente su determinate aree del cervello.

Le *encefaliti da vaccinazione* sono state descritte da molto tempo, ma solo in questi ultimi anni è stato loro attribuito un grande interesse a causa della loro frequenza. Il maggior numero di casi è stato constatato in Olanda, in Inghilterra ed in Germania. Secondo le statistiche di Rolleston si sarebbero avuti in Inghilterra 175 casi su cinque milioni e mezzo di vaccinati. In Olanda se ne sono contati 146 casi. È strano il fatto che i paesi suddetti siano più colpiti di altri. La malattia non può attribuirsi alla qualità del pus vaccinico, perchè in Olanda il materiale per la vaccinazione è importato da parecchi paesi. Nè si può attribuire al fatto che per la preparazione della linfa si adoperano i conigli, perchè anche in Spagna si adoperano questi animali senza inconvenienti.

Le lesioni anatomo-patologiche sono quelle di una grave encefalomielite disseminata, evidentemente causata da un virus neurotropo. Questo è stato trovato nel sangue e nei tessuti di individui vaccinati, ma non nel liquido cefalo-rachidiano a meno che non si tratti di pazienti con i sintomi dell'encefalite in atto.

I sintomi compaiono di solito da 10 a 13 giorni dopo la vaccinazione e sono quelli di una grave encefalite acuta: cefalea, febbre, vomito, ottundimento, ritenzione di urina, stipsi, e disturbi motori vari che vanno dalle convulsioni alle paralisi flaccide. La puntura lombare dà liquor iperteso con aumento dei linfociti. L'età dei colpiti varia dai 3 ai 13 anni. Ciò deve suggerire a praticare la vaccinazione quanto più presto è possibile. Per ovviare il pericolo della encefalite dopo le vaccinazioni fatte a ragazzi di età superiore a tre anni è consigliabile praticare un solo innesto e più superficialmente che sia possibile, con linfa diluita con siero d'individui già vaccinati.

La *polioencefalite* è un'infiammazione della sostanza grigia dovuta di solito ad un virus specifico che raggiunge il cervello attraverso i linfatici perineurali dal naso e dalle fauci o dal tratto gastro-intestinale.

Nella malattia tipica il bambino può avere come sintomi prodromici catarro faringeo, febbre e vomito. Seguono i sintomi della lesione cerebrale acuta con febbre moderata, cefalea, opistotono, e talvolta coma. Lo stupore è meno frequente nell'encefalite che nella meningite. La puntura lombare dà liquido iperteso, limpido, sterile, con aumento del contenuto cellulare.

Il virus si trova nella polvere delle camere abitate dai pazienti e resiste all'essiccamento ed alla luce, così che può trovarsi anche nella polvere delle strade.

Durante le epidemie molto probabilmente i portatori sono molti specie tra coloro nei quali l'infezione si arresta alla forma catarrale senza provocare fatti paralitici.

Spesso si hanno casi di polioencefalite durante epidemie di poliomielite, il che fa pensare all'identità del virus delle due malattie con varia localizzazione.

Cleland riferisce di un'epidemia di polio-encefalite-mielite in Australia, durante la quale furono colpiti anche scimmie, agnelli, vitelli e puledri.

Le misure preventive consistono nel pronto isolamento dei pazienti e dei probabili portatori, l'accurata disinfezione delle camere infette e delle vicinanze, l'allontanamento degli animali domestici e nelle altre precauzioni di ordine generale.

La cura consiste nell'iniezione endovenosa di 20-50 cmc. di siero di convalescenti. Ma quando ciò non è possibile bisogna ricorrere alle iniezioni endovenose di urotropina. Il riposo deve essere assoluto. Sulla testa vanno fatte applicazioni fredde. Le punture lombari sono più nocive che vantaggiose. I fatti di eccitazione possono essere calmati con i bromuri ed il luminal.

L'*encefalite epidemica* o *letargica* si annunzia quasi sempre con sonnolenza che può andare fino al coma, cefalea, diplopia. Talvolta il primo sintoma è il singhiozzo insistente. Talvolta i piccoli pazienti presentano solo uno stato di astenia e di abbattimento.

I postumi più comuni sono stati di irritabilità e di debolezza, insonnia notturna, attacchi asmatici, squilibri mentali sopratutto d'ordine morale e talvolta parkinsonismo. Talvolta però anche nelle forme gravissime si ha la guarigione completa.

Durante le epidemie sono colpiti individui di tutte le età, anche i lattanti.

Nello stadio acuto si riscontrano lesioni microscopiche diffuse sopra tutto dei nuclei della base e talvolta anche della corteccia, del ponte, del bulbo e delle corna posteriori del bulbo; le corna anteriori non sono mai interessate.

La coincidenza delle epidemie di encefalite letargica con quelle di influenza fa legittimamente pensare ad un'identità del virus.

Il trattamento consiste nell'alleviare le sofferenze dei pazienti, nel riposo assoluto, nel favorire la eliminazione delle tossine. La puntura lombare può dare qualche sollievo. Vanno tentate le iniezioni endovenose di urotropina ed eventualmente di siero di convalescenti. Negli stadi tardivi giovano la belladonna e la ioscina.

Le *encefaliti esantematiche* si verificano in seguito o nel corso delle infezioni eruttive, specie della rosolia. Anatomo-patologicamente si riscontrano zone di demielinizzazione nel cervello e nel midollo e lesioni simili a quelle dell'encefalite vaccinica. Pare che non si tratti di processi infiammatori, ma di lesioni puramente tossiche. Anche nella difterite si può avere un'encefalite acuta tossica. Dr.

Nevralgie.

(R. V. Bradlaw. *The Practitioner*, luglio 1933)

Le nevralgie possono essere psicogeniche e fisiogeniche. La diagnosi di nevralgia psicogenica si deve fare con molta prudenza. Secondo la scuola moderna di psicologia impulsi dolorosi repressi possono provocare dolori o neurosi di ansietà. Parker descrisse una nevralgia facciale in una donna frigida; essa compariva dopo i rapporti sessuali col marito che lei subiva solo per dovere.

Fra le nevralgie fisiogeniche sono importanti quelle craniche. La più frequente è quella del trigemino e più spesso quella della 2ª e 3ª branca. Molto frequente è anche l'emicrania.

La *nevralgia sfenopalatina* o di Sluder colpisce l'occhio, la mascella superiore e i denti estendendosi alle regioni zigomatica e temporale e anche a quella mastoidea. Vi si possono associare fenomeni simpatici, perdita del gusto nella metà anteriore della lingua, vertigini. Sembra sia dovuta ad infezione del ganglio per assenza della lamina ossea che separa la fossa sfenopalatina dai seni.

La *nevralgia del ganglio genicolato* è caratterizzata da dolore all'occhio e attorno ad esso con diffusione alla zona cervicale o del trigemino. Vi si può associare eruzione erpetica fra orecchio e cuoio capelluto. Si può avere perdita del gusto dal lato affetto, come pure concomitante paralisi facciale. Si può avere anche miosi omolaterale.

La *nevralgia glossofaringea* è rara; provoca dolore ai pilastri delle fauci e alla base della lingua. Il dolore, passa sopra e lateralmente all'ioide, dietro l'angolo della mandibola fino all'orecchio. Si hanno spasmi nei movimenti di deglutizione e di protrusione della lingua.

La *nevralgia posterpetica* è dovuta a interessamento del ganglio di Gasser.

Le *nevralgie sopra ed infraorbitale* si hanno per processi infiammatori e si verificano nella malaria, nella febbre esantematica e nell'influenza, come pure nel reumatismo, nella sifilide.

La *nevralgia occipitale*, rara, può essere dovuta a neoplasmi, a tubercolosi.

La cura non operativa di tutte queste nevralgie è raramente soddisfacente. Gli antinevralgici, la diatermia, la ionizzazione hanno risultati sempre incerti.

Per quanto riguarda la nevralgia del trigemino, quando i rimedi suindicati falliscono, si ricorrerà all'alcoolizzazione del ganglio o alla cura chirurgica. Quest'ultima richiede un intervento non facile, dà alta mortalità, ha il pericolo di una lesione chirurgica alla radice motoria.

Ci sono *nevralgie con cause al di fuori del trigemino* (così, p. es., la nevralgia da carie dentaria che compare dopo l'influenza o durante la gravidanza o nel reumatismo) e dipendenti dal trigemino ma con una causa identificabile (p. es. malattie dell'orecchio, del naso, della bocca). R. Lusena.

Le simpatalgie facciali.

(T. Alajouanine e R. Thurel. *Journal Médical Français*, giugno 1933).

Si dà il nome di simpatalgie a dolori di tipo particolare, associati abitualmente ad al-

tre manifestazioni, che indicano la compartecipazione preponderante del simpatico.

Le simpatalgie si distinguono dalle nevralgie sotto parecchi riguardi:

1) I dolori sono continui, permanenti con accentuazioni progressive e regressioni lente, o a crisi di durata più o meno lunga durante le quali i dolori sono continui.

Sono dolori non facilmente definibili: sensazioni di formicolio, di stiramenti, di costrizioni; dolori contusivi; sensazioni termiche ed in particolare di scottatura (causalgia).

Quantunque di solito non siano violenti questi dolori sono molesti per la loro durata e perchè si accompagnano ad uno stato di ansia, che sembra essere un attributo particolare delle simpatalgie, in quanto queste si esagerano sotto l'influenza di emozioni e si attenuano con il riposo morale.

Le reazioni delle simpatalgie sono di natura affettiva, agiscono sull'umore e sul temperamento, che seguono le alternative dei dolori. Ed in ciò si distinguono dalle psicalgie che sono veri disturbi psichici, i quali non sono un corollario o un concomitante dei dolori, ma costituiscono il substrato delle sensazioni penose. E come tutte le idee fisse o ossessioni le psicalgie sono caratteristiche per la loro fissità.

2) Le cause provocatrici sono varie: il caldo o il freddo, il vento, l'umidità, i rumori, la luce, le emozioni, alcuni stati fisiologici. Viceversa i movimenti non esplicano azione nociva.

3) I dolori sono unilaterali ma raramente limitati a tutto o parte del territorio del trigemino, che sconfinano più o meno, potendosi diffondere all'emicranio, alla nuca e talvolta anche alla spalla e all'arto superiore corrispondente. L'intensità dei dolori è generalmente proporzionata alla loro diffusione.

Le forme topografiche sono multiple: dolori orbito-frontali, orbito-frontali-temporali, temporali, orbito-nasali superficiali e profondi, oculo-nasali. Si è cercato di dare un substrato anatomico ai singoli tipi e si è parlato di sindrome del ganglio sfeno-palatino (o sindrome di Sluder), sindrome del ganglio ciliare (o sindrome del nervo nasale o sindrome di Carlos Charlin). In realtà le varie forme topografiche sono spesso intricate.

4) Le algie, anche quando non sono intense, si accompagnano di solito a manifestazioni simpatiche omolaterali con evoluzione parallela.

I disturbi vaso-motori sono importanti: rossore della faccia con sensazione di calore, congestione della congiuntiva e della pituitaria con pizzicori, turgescenza dell'arteria temporale con pulsazione obiettiva e subiettiva.

I disturbi secretorî sono meno costanti: lagrimazione, idrorrea nasale, iperidrosi facciale.

Le esacerbazioni dolorose sono spesso accompagnate da nausee e vomiti.

Non di rado si constata sindrome di Bernard-Horner transitoria.

Possono constatarsi anche altre manifestazioni sensitive, sensoriali e motorie: iperestesie o ipoestesie emifacciali, ronzii, ipoacusia, annebbiamenti di vista, stanchezza visiva, mioclonie del dominio del facciale, paresi dell'oculo-motore comune.

Tutti questi disturbi sono transitori, intermittenti, compaiono solo durante le crisi dolorose.

Viceversa altri disordini possono durare a lungo, tali sono le placche d'acromia o d'ipercromia, l'emicrania, la cheratite neuroparalitica, l'emiatrofia facciale.

* * *

Le simpatalgie e le manifestazioni che le accompagnano possono considerarsi come disturbi fisiopatici di origine riflessa, il cui punto di partenza trovasi in un fatto irritativo periferico localizzato a livello dell'emifaccia, o come disturbi da causa ignota, probabilmente in rapporto a un'alterazione del sistema endocrino-simpatico.

A) Le *algie riflesse* sono in rapporto sia a traumi della faccia o del cranio o ad affezioni di diversi organi della faccia: denti, naso, occhi.

1. — *Algie riflesse traumatiche*: non sono rare in seguito di una ferita della faccia o del cranio, di solito dopo la guarigione: sembra che la cicatrice sia il punto di partenza del disturbo fisiopatico.

2. — *Algie dentarie* sono le più frequenti, e quindi conviene in ogni caso praticare un esame accurato dei denti.

Il dolore può essere certamente localizzato ad un dente, ed essere esagerato dal contatto degli alimenti freddi, caldi, acidi o zuccherati. Questa odontalgia indica una carie che s'arresta alla sostanza eburnea o penetra la polpa La caduta dello smalto in un punto qualsiasi basta talora a determinare una sensibilità dolorosa del dente.

Le algie irradiate alla metà della mascella, alla mascella antagonista e anche a distanza (emifaccia, collo, spalla) sono quelle che ingannano di più. Talvolta il dolore è localizzato a un dente sano, generalmente il dente omologo di quello malato del lato opposto. Non v'è rapporto costante tra le irradiazioni dolorose ed il dente che ne è il punto di partenza. Tuttavia per lo più le lesioni dei denti superiori dànno irradiazioni dolorose all'occhio, alla fronte, alla tempia, e le lesioni dei denti inferiori all'orecchio ed al collo.

L'eruzione del dente del giudizio inferiore è spesso l'origine di dolori intensi.

Altre volte i dolori sono consecutivi ad un'avulsione dentaria, anche quando il dente è sano, si tratta allora di algie postraumatiche.

3. — Le *algie di origine nasale* sono facilmente riconosciute quando si tratta di sinu-

site acuta frontale o mascellare, o di etmoidite acuta.

Ma talvolta i dolori sono provocati da fatti banali costituenti spine irritative: deviazione del setto o ipertrofia del cornetto medio, lievi stati congestizî della mucosa, malformazione o infiammazioni trascurabili dei seni.

Le algie di origine nasale sono generalmente fronto-laterali, periorbitarie o orbitarie. Si manifestano sotto forme di accessi transitori spontanei o in occasione dei cambiamenti di temperatura, della stanchezza visiva, di stati fisiologici o patologici che favoriscono la congestione cefalica.

I dolori scompaiono in seguito alla cocainizzazione della regione del meato medio, sia per l'anestesia sia per la retrazione della mucosa in essa determinata.

4. — Le *algie di origine oculare* sono dovute a vizi di refrazione (astigmatismo, ipermetropia), glaucoma cronico, infiammazioni (iridocoridite), corpi estranei, ferite dell'occhio e dell'orbita.

5. — Le *algie facciali a punto di partenza lontano* sono state osservate in seguito a pneumotorace terapeutico, alla simpatectomia cervicale.

B) Le simpatalgie facciali criptogenetiche sono quelle nelle quali l'esame più accurato non mette in evidenza alcun fatto al quale possa attribuirsi direttamente o indirettamente il dolore. Al riguardo si deve fare osservazione a non scambiare le manifestazioni secondarie o concomitanti del dolore con le cause del dolore stesso.

Tali algie sono del medesimo tipo di quelle riflesse.

In mancanza di un punto definito sul quale agire terapeuticamente bisognerà tentare il trattamento generale: atropina, tartrato di ergotamina, adrenalina, antianafilattici o anticolloidoclasici, opoterapia, diatermia, radioterapia, ionizzazione calcica. Nei casi ribelli e gravi si può ricorrere all'intervento diretto sul sistema simpatico. Dr.

CUORE E CIRCOLAZIONE.

Emorragie retiniche ed ipertensione generale.

(F. Terrien. *Journal des Praticiens*, 3 giugno 1933).

I disturbi dell'apparato visivo possono verificarsi in un gran numero di affezioni generali, renali, respiratorie, ecc. e sopra tutto nelle malattie del sistema nervoso. L'esame oftalmoscopico spesso costituisce l'elemento conclusivo per la diagnosi di varie neuropatie.

A parte ciò disturbi visivi caratteristici si hanno molto frequentemente negli individui ipertesi.

La retina ha una circolazione assolutamente chiusa proveniente dalla carotide interna a mezzo dell'oftalmica, che fornisce l'arteria centrale della retina. Questa situata al centro del nervo ottico arriva alla papilla e di qui si ramifica dicotonicamente negli strati interni della retina in rami sempre più piccoli fino a distribuirsi nei numerosi capillari che poi si raccolgono nelle vene retiniche.

Il sistema arterioso della retina è chiuso, senza anastomosi, ed in ciò è analogo al sistema vasale del cervello e del rene. In conseguenza l'occlusione dell'arteria centrale determina l'arresto di tutta la circolazione della retina e quindi la cecità.

I disturbi della tensione arteriosa generale sono risentiti dalla circolazione retinica provocando sintomi più o meno allarmanti (mosche volanti, fotopsie, annebbiamenti transitori), nonchè diminuzione dell'acutezza visiva dovuta alle emorragie retiniche.

I disturbi transitori sono molto frequenti negli individui anziani, e possono considerarsi come i piccoli segni dell'arteriosclerosi. Essi sono verisimilmente dovuti ad eccitazione della retina che si traducono sempre in fenomeni visivi. Se nell'oscurità si esercita, attraverso la palpebra superiore, una leggera pressione sulla parte media del globo oculare si determina subito la comparsa di un arco luminoso al punto opposto, corrispondente all'esteriorizzazione nello spazio della sensazione risentita dalla retina nel punto eccitato (fosfeni).

I disturbi visivi dell'ipertensione hanno un meccanismo analogo e sono in relazione a spasmi dell'arteria centrale della retina, che costringendosi arresta o riduce tutta la circolazione della retina provocando fenomeni di irritazione (fosfeni) o l'abolizione temporanea della visione (obnubilazione della vista).

L'esame oftalmoscopico ha talvolta fatto rilevare durante tali crisi un lieve restringimento delle arterie retiniche, il che conferma l'importanza dello spasmo nella patogenesi di questi disturbi.

In ogni caso la prognosi deve essere sempre riservata perchè in molti casi gli spasmi transitori ripetuti possono dar luogo ad occlusioni definitive.

Spesso lo spasmo è la conseguenza di endoarterite, che ad un certo punto si accentua, l'occlusione diviene totale e si ha la cecità.

L'occlusione dell'arteria centrale della retina si manifesta in modo caratteristico: la vista scompare improvvisamente senza cause apprezzabili, senza alcun dolore e senza alcuna reazione apparente.

Se l'occlusione interessa solo una branca dell'arteria centrale, la perdita della visione è incompleta, corrispondente al territorio retinico irrigato dal ramo occluso.

All'esame oftalmoscopico si rileva: arterie filiformi, vene anche retratte, ma in grado minore. Alla periferia le vene sono congestionate, tutta la regione peripapillare è edematosa, mentre la macula appare come una piccola mac-

chia di colore rosso ciliegia. L'assottigliamento della retina lascia vedere i vasi della coroide. In tali casi la perdita della visione è per lo più definitiva, tuttavia le iniezioni di acetilcolina possono talvolta vincere lo spasmo e ridare un certo grado di vista.

Questi fenomeni di endoarterite e di occlusione dell'arteria centrale sono talvolta la conseguenza dell'ipertensione. Ma questa provoca sopra tutto emorragie con disturbi visivi prodotti sia dalla lesione emorragica come dall'aumento della pressione nei vasi retinici che coesiste sempre con l'ipertensione generale.

I disturbi visivi dell'ipertensione permanente possono essere aggravati dagli aumenti transitori della pressione, che generalmente sono la causa determinante delle emorragie. Al riguardo hanno un'azione nefasta il freddo, le emozioni, i pasti copiosi. Analoga azione dannosa ha la stasi venosa attiva e passiva, ed è perciò che le emorragie retiniche compaiono più frequentemente nella posizione coricata e nel sonno, durante il quale si ha una vasodilatazione.

Infine le alterazioni vasali, l'ipoviscosità del sangue, le nefriti, il diabete favoriscono la comparsa delle emorragie ed aggravano la prognosi.

Secondo la loro forma ed estensione si distinguono emorragie puntiformi, a fiamma, a spruzzo. Il fatto più importante è la sede. Per le emorragie periferiche i sintomi subiettivi sono nulli o insignificanti, mentre sono considerevoli per le emorragie della macula, la cui alterazione determina la perdita più o meno assoluta della visione distinta.

Se l'emorragia è localizzata alla periferia si possono avere fosfeni o sensazioni luminose, dovute alla compressione della retina, o uno scotoma. In tali casi però la prognosi riguarda solo lo stato generale, in quanto la lesione è l'indice di una cattiva circolazione o di alterazioni renali concomitanti. Viceversa le emorragie congiuntivali non hanno alcun significato prognostico grave perchè esse sono in rapporto ad una particolare fragilità dei vasi della congiuntiva e sono compatibili con una pressione arteriosa normale.

Le emorragie retiniche possono anche riassorbirsi. Ciò dipende molto dallo stato generale. Nei nefritici, nei diabetici, ecc. le recidive sono più facili ed il riassorbimento è più lento. Con il tempo le emorragie finiscono per subire una degenerazione particolare e prendono una colorazione biancastra molto caratteristica. Queste lesioni sono definitive e la visione resta diminuita o abolita nella zona del campo visivo corrispondente al punto leso.

La cura locale consiste nelle instillazioni di miotici (nitrato di pilocarpina all'1 %), allo scopo di prevenire il glaucoma e sopratutto il glaucoma emorragico, affezione gravissima, che bisogna sempre temere in presenza di emorragie retiniche.

Per la cura dello stato generale si preferiranno gli ipotensori, l'acetilcolina, gli estratti di pancreas e simili, si praticherà eventualmente un salasso.

DR.

Insufficienza mitralica congenita.

(E. FRONTICELLI. *La Clinica Ostetrica*, luglio 1933).

I vizi congeniti del cuore più frequenti sono la malattia di Roger e la persistenza del foro di Botallo; più rare sono le malformazioni di posizione e numero dei vasi e quelle degli osti relativi; estremamente rari i difetti e le irregolarità congenite degli orifici auricolo-ventricolari.

L'A. riferisce intorno ad un bambino nato con parto spontaneo da donna apparentemente sana, il quale fin dalla nascita era colpito di tanto in tanto da attacchi di dispnea e pallore, durante uno dei quali morì al quinto giorno di vita.

Durante la vita il ritmo cardiaco era stato assai accelerato ed il polso aveva oscillato fra 150 e 170 battute al minuto.

All'autopsia si trovò un cuore grande il doppio del normale del peso di gr. 34, senza malformazioni della cavità e dei grossi vasi.

Il ventricolo sinistro aveva uno spessore di mm. 6-11 ed anche l'orecchietta era ispessita ma non dilatata; la valvola mitrale era retratta, aderente alle pareti del ventricolo notevolmente insufficiente e mancante delle papille tendinee. Nulla a carico del cuore destro.

All'esame istologico della mitrale e del miocardio limitrofo non si riscontrarono lesioni anatomo-patologiche di sorta. Questo fatto fa escludere una genesi flogistica del vizio valvolare in questione, la cui origine va ricercata in un difetto congenito delle cuspidi valvolari: la malformazione trarrebbe origine più che altro dalla porzione muscolare e sarebbe insorta nel momento nel quale le fibre muscolari subiscono quella riduzione che dà origine alle cuspidi valvolari nella loro forma definitiva.

Certamente l'ipertrofia del ventricolo sinistro e del relativo atrio era venuta formandosi durante la vita endouterina del feto a causa delle difficoltà dinamiche che il cuore era stato costretto a superare a causa della insufficienza della valvola mitrale.

Facile a spiegarsi è il rapido scompenso venutosi a determinare a causa delle aumentate esigenze di lavoro del cuore sinistro, una volta soppressa la circolazione cardio-fetale.

VICENTINI.

Angina pectoris.

(J. HAY. *The Practitioner*, giugno 1933).

L'angina pectoris è una forma improvvisa di dolore cardiaco substernale più che submammario, durante il quale il paziente avverte un

senso di oppressione o di costrizione che può raggiungere una tale intensità da provocare un'intollerabile angoscia. Il dolore ha ben note zone d'irradiazione ed è spesso determinato da sforzi o emozioni. Può essere accompagnato da alcuni sintomi caratteristici, come il senso di morte imminente, e da disordini vasomotori come il pallore cadaverico e il sudore freddo.

L'angina pectoris è molto comune in quelle famiglie con tendenza ereditaria alle affezioni delle arterie ed alla iperpiesia. È rara in coloro che non hanno raggiunta l'età media, è più frequente nei maschi dai 50 ai 70 anni. La vita comoda e sedentaria, l'eccessivo lavoro mentale tendono a creare una condizione costituzionale favorevole allo sviluppo dell'angina pectoris. Il diabete è un fattore etiologico di notevole importanza in quanto si accompagna molto frequentemente all'arteriosclerosi generalizzata compresa quella delle coronarie. La sifilide provocando l'aortite, la stenosi delle bocche delle coronarie e l'insufficienza aortica è un fattore determinante di notevole importanza. In tali pazienti c'è ingrandimento dei ventricoli, restringimento degli orifizi delle coronarie, nonchè delle coronarie stesse, abbassamento della pressione diastolica, un insieme di fatti insomma che produce l'ischemia del miocardio. D'altra parte nella stessa condizione v'è una spiccata tendenza agli spasmi delle coronarie.

L'angina pectoris è essenzialmente dovuta ad una deficienza dell'apporto di sangue al miocardio determinata o da un restringimento organico delle coronarie o dal loro spasmo temporaneo.

L'angina spastica tipica è facilmente riconoscibile; qualche difficoltà diagnostica si ha nelle forme nelle quali il dolore è leggero ed ha una sede diversa della ordinaria. In tali casi ha molto valore il fatto che il senso di pena o di dolore si ha in seguito ad uno sforzo ed è alleviato dal riposo, e che la ripetizione dello sforzo fa riapparire il dolore.

Molti pazienti nel descrivere le loro sofferenze tendono a non usare la parola « dolore » e parlano di senso di oppressione, di costrizione, di peso, di pienezza, di calore.

Il dolore è generalmente localizzato allo sterno di solito al terzo medio e superiore. Quando il dolore è localizzato alla parte bassa con diffusione all'epigastrio i pazienti parlano d'indigestione, e si può essere effettivamente tratti in errore in quanto in tale condizione si ha una tendenza alle eruttazioni che spesso alleviano effettivamente il dolore. L'errore è facile anche perchè gli attacchi sono determinati dal moto fatto dopo i pasti.

Il dolore anginoso è durante l'attacco continuo e costante, tende ad aumentare se il paziente continua a fare sforzi e diminuisce progressivamente con il riposo. L'esposizione al freddo, le emozioni aumentano la tendenza alle crisi.

Oltre al dolore sternale si ha senso d'intorpidimento e di formicolio lungo gli arti superiori fino alle dita, o un dolore a tipo neuralgico al gomito ed al polso più spesso a sinistra. Altre zone coinvolte sono la regione scapolare sinistra, la nuca ed il giugulo.

Nei pazienti di angina pectoris l'esame fisico non dà un reperto significativo. Si possono riscontrare lesioni aortiche, alterazioni miocardiche, ipertensione, ma spesso si trova tutto normale.

La crisi dolorosa determinata dall'infarto delle coronarie ha caratteri particolari che la fanno nettamente distinguere dall'angina pectoris di origine spastica.

L'attacco sopravviene in forma allarmante in individui che non hanno avuto precedentemente manifestazioni del genere, in pieno riposo ed anche nel sonno, è accompagnato da forte dispnea, non si attenua con il riposo e con i vasodilatatori.

La prognosi dell'angina pectoris è sempre riservata. È più grave quando esiste ipertensione, insufficienza cardiaca, lesioni renali.

Escludendo i casi di trombosi coronaria, per i quali la percentuale di morte durante l'attacco è altissima, si può calcolare che la vita dei pazienti non dura in media oltre i cinque o sei anni dalla prima manifestazione.

Non è dubbio che la prognosi è migliorata dall'adatto trattamento.

Lo stato del miocardio ed il grado di alterazione delle coronarie può essere determinato dal grado di sforzo occorrente per scatenare l'accesso. L'aggravamento della condizione è provato dall'aumento della frequenza della crisi e per cause occasionali sempre più insignificanti.

La tendenza alla dispnea, la presenza del ritmo di galoppo e del polso alternante sono segni gravi.

Durante l'attacco la prima misura da prendere è il riposo più assoluto. Se malgrado ciò il dolore continua bisogna ricorrere ai vasodilatatori (prima tavolette di trinitrina ed in caso d'insuccesso inalazioni di nitrito d'amile). Qualora questi rimedi falliscono si deve ricorrere alla morfina in dosi generose.

Durante i periodi intervallari i pazienti devono osservare un regime di vita rigoroso. Devono evitare tutti quegli sforzi che l'esperienza ha dimostrato essere pericolosi. Al riguardo è a notare che c'è una specie quasi d'idiosincrasia per ciascuno individuo, nel senso che sforzi anche lievi, innocui per alcuni pazienti, sono pericolosi per altri. Deve evitarsi il moto eccessivo specie dopo i pasti. Questi devono essere consumati senza fretta. Comunque non bisogna abbandonarsi alla vita sedentaria, gli esercizi non faticosi sono sempre benefici.

La dieta deve essere leggera, semplice, digeribile, riducendo al minimo le bevande. Se il paziente è obeso dovrà essere consigliata una dieta dimagrante.

Nei casi nei quali esiste uno stato iretistico si potranno dare i bromuri, il cloralio, il luminal.

Accertata l'esistenza della sifilide (reazione di Wassermann) si praticherà la cura specifica.

Talvolta nei diabetici gli accessi scompaiono con il trattamento insulinico.

La diatermia (un elettrode sullo sterno e l'altro tra le spalle) talvolta rarefa la frequenza degli accessi.

DR.

MISCELLANEA.

Tipi di appendicite acuta.

(H. DODD. *The Practitioner*, febbraio 1933).

L'A. distingue anzitutto l'*appendicite catarrale acuta*, in cui l'infiammazione si trova specialmente sulla mucosa, che è rigonfia e congesta, con emorragie petecchiali distribuite irregolarmente; l'organo è disteso e contiene del muco sanguinolento. Nelle infezioni gravi, si hanno trombosi dei vasi appendicolari a cui segue la gangrena; tale fatto si manifesta clinicamente con un senso di benessere, caduta della temperatura, scomparsa o quasi del dolore, stato ingannatore che precede la tempesta peritoneale forse fatale. La risoluzione può essere completa, ma generalmente rimangono delle aderenze o del tessuto fibroso, da cui provengono gli ulteriori disturbi che passano sotto il nome di appendicite cronica.

Se il lume è bloccato dalla congestione della mucosa o dal suo rigonfiarsi attorno ad un blocco di feci o ad un punto stenosato, si può avere un'occlusione appendicolare, a cui seguono un mucocele, od un empiema o la gangrena.

La *forma acuta suppurativa od ulcerativa* si inizia con un'erosione della mucosa opposta ad un pezzo di feci dure; l'infiammazione si diffonde rapidamente alla musculatura ed al rivestimento peritoneale, con chiazze di gangrena. Il decorso delle condizioni suppurativa e gangrenosa è determinato dalla reazione peritoneale (le aderenze possono localizzare il processo) e dalla gravità dell'infezione (massima quando si tratta di streptococco).

Dei 350 casi operati dall'A. negli ultimi 3 anni, 127 erano gangrenosi o purulenti, ma imperforati, 70 ebbero perforazione; in 93 vi era infiammazione catarrale.

Il quadro clinico. — L'appendicite acuta si inizia con dolore addominale generale attorno all'ombelico, riferito generalmente allo stomaco; esso aumenta gradatamente mentre si stabilisce lo stato di malessere.

La nausea, i conati di vomito ed il vomito accompagnano il dolore con vario grado d'intensità. Il vomito si ha 1-2 volte; se esso continua, si pensi a qualche altro quadro morboso. Vi è disgusto per il cibo.

Polso e temperatura sono aumentati; questa ultima sui 37°,3-37°,8. Se è maggiore di 38°,4 (a meno che si tratti di un bambino) ricercare qualche altra causa (pleurite, influenza, pielite) prima di diagnosticare l'appendicite. I brividi si osservano generalmente nella pielite, ma raramente nell'appendicite.

Il dolore, di vario carattere e localizzazione, può manifestarsi al lato destro, ma da ultimo si localizza alla fossa iliaca destra, talvolta un po' più alto o più basso, oppure alla schiena. Nell'appendicite pelvica, rimane nella parte bassa dell'addome (appendicite degli ultimi tempi della gravidanza).

Cefalea e dolori alla schiena ed agli arti mancano generalmente; talvolta si ha un dolore riferito al testicolo, lungo lo stesso decimo segmento nervoso dorsale; esso può far pensare ad una lesione renale (esame dell'urina). L'improvvisa scomparsa del dolore, la sensazione improvvisa di benessere od un notevole miglioramento suggeriscono l'idea della gangrena o della perforazione, di cui la comparsa è spesso precipitata dall'inconsulta somministrazione di olio di ricino.

Il dolore che si manifesta o peggiora camminando o con l'estensione della coscia o che causa una sensazione di debolezza alla coscia stessa suggerisce l'idea di un'appendice che si trovi sullo psoas. Se essa è localizzata sulla vescica, si può avere minzione dolorosa. Un'appendice retrocecale può trovarsi assai vicina alla cistifellea e simulare una colecistite acuta.

Quanto sopra si è descritto si osserva costantemente in tutti i veri casi di appendicite; soltanto talvolta è difficile il rivelarlo, e le modificazioni sono dovute al vario tipo di infezione, di paziente o di posizione dell'appendice.

Diverso è il quadro dell'*occlusione appendicolare acuta*. Essa è caratterizzata dall'improvviso presentarsi di dolore colico che prende tutto l'addome, per cui il paziente è costretto a ripiegarsi su se stesso. In qualche caso esso sveglia improvvisamente il paziente che dormiva. La inquietudine ha spesso un significato diagnostico. Essa indica un dolore meccanico, mentre il dolore infiammatorio immobilizza il paziente che, man mano procede l'infiammazione si va facendo più tranquillo, in una posizione fissata. La temperatura ed il polso sono poco modificati, il che incoraggia l'attesa e fa pensare ad una colica intestinale o ad un'indigestione, specialmente se vi è il sospetto di qualche disordine dietetico.

Vomito e conati si ripetono, il che non si osserva nell'appendicite vera. I sintomi sono dapprima puramente addominali e non vi è segno di infiammazione o di tossiemia, sebbene la faccia del paziente sia generalmente ansiosa. Spesso, l'anamnesi accurata rileva la storia di attacchi di dolori colici più accentuati a destra.

Il quadro dell'appendicite acuta con occlusione successiva non è altrettanto chiaro. I sintomi iniziali sono quelli di un'appendicite acuta ed, alla comparsa dell'occlusione, si fanno

più gravi, spasmodici, con vomiti a ripetizione. La perforazione si manifesta dopo un eventuale « periodo illusorio »; l'aumento della frequenza del polso con dolore generale addominale ed aumento di tensione addominale indicano lo stabilirsi della peritonite.

Esame del malato. — Il malato ha un aspetto grave, ansioso, arrossato; sta sempre in posizione supina, talvolta sul fianco, con le gambe flesse. Lingua impatinata ed umida, fiato puzzolente. La presenza di movimenti respiratori delle pinne nasali, l'herpes labiale od il pallore circumorale suggeriscono la polmonite, mentre la dispnea con forte dolore addominale fanno pensare alla pancreatite. I movimenti dell'addome variano secondo la gravità e lo stadio; talvolta le sue escursioni respiratorie sono normali, altre volte limitate od a scosse nella metà inferiore. In seguito, l'addome diventa immobile oppure, nella peritonite generalizzata, il ritmo respiratorio è invertito (*signum mali ominis*).

Dopo fatta l'ispezione, si dica al paziente di protendere lo stomaco (come un poliziotto grasso dice l'A.); si ottengono così delle indicazioni sull'estensione del processo, in quanto che tale movimento spesso provoca dolore alla fossa iliaca destra e, nei casi gravi, non può venir fatto.

L'iperestesia si prova con la punta di un lapis che si striscia sull'addome in direzione trasversa e longitudinale; nel 40-50 % dei casi, la si osserva nella fossa iliaca destra.

Con questo modo di procedere, si guadagna la confidenza del paziente e si può poi passare alla palpazione, senza che si abbiano eccessive reazioni di difesa. Si esamina la tensione dei retti posando la superficie flessoria delle dita (a piatto) evitando di spingere con la punta che si fa scorrere fino ai fianchi. La differenza dalle condizioni normali può essere assai lieve, ma è netta; si tratta di una « difesa » piuttosto che di una rigidità. Può essere il solo segno positivo che completa la storia. La tensione al fianco indica un'appendice retrocecale.

La fossa iliaca destra è generalmente dolente e mostra vari gradi di tensione o di rigidità verso il punto di mezzo fra l'ombelico e la spina iliaca anteriore superiore. In qualche raro caso, l'appendice può essere palpata come una massa molliccia dolente, mobile, non aderente alla parete. Se il caso dura alcuni giorni, si può palpare un ascesso fissato ad una massa nella fossa iliaca destra o nella pevi (all'esame rettale).

La rigidità della fossa iliaca destra è la risposta della parete all'infiammazione sottoposta. Quando l'appendice è retrocecale, nella pelvi o dietro il mesentere, il fenomeno è meno marcato e si ha probabilmente soltanto la dolorabilità alla pressione ed una leggera difesa. Tale fenomeno si osserva bene negli ultimi stadî della gravidanza, in cui l'appendicite si può manifestare e può essere confusa con la pielite.

Non si deve mai omettere l'esplorazione rettale, che deve essere diretta, sia a mettere in rilievo le sensazioni dolorose del paziente, sia a riscontrare la presenza della massa appendicolare, sia la sporgenza di un ascesso, od altre forme patologiche nemmeno sospettate (p. es. un collo uterino sensibile, il che indica la possibilità di fatti annessiali).

La più variabile delle condizioni è forse il tempo. Tutte le modificazioni, dall'occlusione all'infiammazione alla perforazione ed alla peritonite generalizzata possono decorrere in quattro ore od invece impiegare parecchi giorni. Alcuni casi riportati dall'A. sono molto dimostrativi al riguardo.

Decorso. — In 1-3 giorni, i sintomi possono passare alla peritonite generale ovvero scomparire, il che indica l'appendicite catarrale acuta, ovvero può formarsi un ascesso locale (i sintomi non scompaiono del tutto) e formarsi un tumore nella fossa iliaca destra o nella pelvi. Persiste un leggero grado di febbre, si può avere costipazione o diarrea; la frequenza della minzione con dolori alla fine indica aderenze con la vescica.

Nella formazione di ascesso, dopo il 5°-6° giorno, il dolore diventa più grave col crescere della tensione dell'ascesso. Secondo la localizzazione, questo può farsi strada attraverso la parete addominale, all'inguine, nel retto, nella vagina o dare una peritonite generalizzata con tutte le sue gravi conseguenze. Un ascesso retrocecale può manifestarsi più tardi come subfrenico.

Il *trattamento* è soltanto operativo e deve essere fatto subito. Le sole controindicazioni sono le gravi malattie costituzionali come un cuore insufficiente, il diabete, la nefrite, la tubercolosi polmonare. L'A. conosce bene il trattamento medico ed aspettante, ma ritiene che i risultati chirurgici siano migliori; egli opera al più presto dopo fatta la diagnosi, sotto anestesia generale o spinale o locale secondo le condizioni del paziente.

La mortalità media dei casi trattati nei grandi ospedali di Londra è del 4-5 %. Fra i 350 casi (privati ed ospedalieri) dell'A., si sono avuti 7 morti. La durata media della degenza ospedaliera è stata di 21 giorni e mezzo; nei casi catarrali 16, nei purulenti o gangrenosi ma imperforati 21 e mezzo, nei perforati 38; anche questo dimostra l'utilità dell'intervento precoce. *fil.*

La cura del morbo di Basedow.

(O. Zimmermann. *Mediz. Klinik*, 5 maggio 1933).

In questi ultimi anni un nuovo concetto si è fatto strada per quella che è la patogenesi del m. di Basedow, che cioè in questa malattia l'iperfunzione tiroidea non sia un fattore isolato, bensì sia il sintoma dominante di un quadro morboso che comprende lo squilibrio di tutto il sistema endocrino: se questo squilibrio

totale rappresenti soltanto una compartecipazione secondaria oppure abbia il valore di fattore primitivo resta ancora a vedere.

Si comprende quindi come, data la molteplicità delle funzioni alterate in questa malattia, una terapia indirizzata in un sol senso non possa dare risultati se non mediocri o nulli, essendo invece necessario lo studio costituzionale accurato di questi ammalati e del loro apparato endocrino onde poter stabilire una terapeutica adatta ed efficace.

Era logico che, appena conosciuta la funzione della tiroide e l'importanza dell'alterata secrezione di essa nel m. di B., si cercasse di trovare un preparato ormonico specifico: sorse così l'antitiroidina di Mölius, il Rodagen di Lanz. il Katechin di Herzfeld e Frieder: ma gli entusiasmi che tali medicamenti destarono all'inizio lasciarono ben presto il posto ai dubbi ed alle incertezze. Si tornò alla medicazione puramente sintomatica, ai sedativi (luminale, bromuri), al fosfato di sodio (6 gr. al giorno), all'arsenico. Una vera novità rappresentò l'introduzione, da parte di Neisser, della terapia jodica: lo jodio, che era stato sin'allora severamente interdetto ai basedowici data la grande sensibilità che hanno questi malati al medicamento, diede invece, alla dose di 5-30 gocce di una soluz. al 5 % di joduro di potassio, rapidi e brillanti risultati in casi cronici di m. di B.

Si vide poi trattarsi di risultati piuttosto transitori e l'indicazione della jodoterapia passò dai casi cronici a quelli acuti e subacuti, con manifestazioni tossiche e con preponderanza dei disturbi cardiaci: a quei casi cioè che non rispondevano alla comune terapia e nei quali non era consigliabile, almeno momentaneamente, l'intervento chirurgico. Da qui all'introduzione della jodoterapia quale medicazione preparatoria all'intervento operativo il passo era breve e fu compiuto da Plummers. Oggi questa è rimasta l'indicazione principale della terapia jodica nel m. di Basedow.

Adlersberg e Porges per primi pensarono di modificare lo stato di irritabilità del simpatico, che è costante nei basedowici, per mezzo di medicamenti che ne diminuissero il tono ed usarono a tale scopo l'ergotamina: ma ben presto si notarono casi di cancrena e di grave collasso. Un preparato simile è il Pacyl che consiste di ergotamina e colina e che ha dato buoni risultati anche all'A. Più recentemente Hesse e Jacobi hanno ottenuto buoni risultati mediante solfati di ferro e di rame che avrebbero azione disintossicante sull'ormone tiroideo. Buoni risultati sono stati segnalati inoltre da Groscurth mediante l'uso di estratto di fegato. Tutti questi medicamenti agiscono probabilmente, non in maniera specifica, bensì modificando le condizioni generali organiche depresse.

Una grande importanza ha nella cura del m. di B. la dieta: non appena si conobbe l'alterazione del ricambio albuminoideo nelle ipertireosi, si credette di dover favorire l'aumentata richiesta di albumine mediante una maggiore somministrazione di queste nella dieta: la conseguenza fu un evidente aumento della secrezione tiroidea ed un peggioramento subiettivo dei pazienti così trattati: si cambiò allora strada e si vide che meno albumine si somministravano e più facile era ottenere un equilibrio del ricambio delle albumine. D'altra parte la nota povertà in glicogeno del fegato basedowico, indicò la necessità di una dieta ricca in idrati di carbonio.

La glicosuria e l'iperglicemia dei basedowici non hanno grande importanza: reperti di acidosi sono notevolmente rari. La glicosuria è stata considerata da alcuni di origine alimentare, da altri come dovuta ad un'aumentata potenza dell'adrenalina, da altri infine, e più recentemente, conseguenza di una lesione dell'apparato insulare del pancreas. In sostanza la dieda del basedowico deve essere ricca di carboidrati e povera di albumine e ciò principalmente nei malati molto dimagriti: in quelli in buone condizioni generali tale cura ingrassante non è strettamente indicata: non bisogna infatti dimenticare che un aumento di peso eccessivo potrebbe seriamente ostacolare l'attività cardiaca e portare ad un peggioramento della malattia.

La terapia dei disturbi cardiaci dei basedowici rientra in parte nella terapia sedativa generale: la digitale infatti è quasi sempre impotente a combattere la tachicardia e, se somministrata ad alte dosi, riesce anche dannosa. Lo stesso si può dire della chinina, che non riesce a modificare quasi mai la fibrillazione auricolare, la quale sparisce invece rapidamente dopo la strumectomia. Se però vi sono sintomi di scompenso la digitalizzazione è indicata, specialmente come medicamento preparatorio all'intervento chirurgico: molto efficace è risultata la combinazione della digitale con la jodoterapia.

Molto difficile a curare sono le profuse diarree: la dieta e la somministrazione di oppio restano spesso senza efficacia. Migliori risultati si sono ottenuti con la somministrazione di pepsina e di estratto pancreatico.

Una grande importanza ha nell'evoluzione della malattia la regola di vita seguita dai pazienti: i migliori risultati si ottengono con una lunga cura climatica in zone superiori ai 600 m. In seconda linea viene la terapia fisica, bagni fatti con prudenza (attenti alle condizioni del cuore), faradizzazione e galvanizzazione della tiroide. Gorlitzer vanta molto i bagni con fluoro.

Se volgiamo ora l'attenzione alla radioterapia del m. di Basedow, dovremo subito notare come le statistiche di guarigione denunciate dai vari terapisti non sempre coincidano e come esse non sempre raccolgano il consenso dei chirurgi i quali tendono a svalutare tale mezzo di terapia, i cui gravi pericoli (coma basedowico da riassorbimento rapido, mixe-

dema, necrosi del gozzo ecc.) sono sì diminuiti in seguito all'adozione delle piccole dosi, ma non del tutto scomparsi. V'è chi parla del 50 % di guarigioni ed anche più. Vi sono dei chirurgi che propongono una irradiazione preoperatoria della tiroide e anche del timo, altri che invece la ritengono dannosa per la formazione di aderenze che rendono più difficile l'intervento. Se si pensa poi al lungo periodo di tempo che richiede il trattamento radio o radiumterapico (al minimo 6 mesi) si comprenderà il perchè la maggior parte degli internisti affidi al chirurgo i casi gravi di m. di Basedow. I casi lievi oppure quei casi gravi che per una qualche complicazione non possono essere sottoposti all'intervento, beneficeranno della cura medica e radioterapica. Da quando però Plummers ha introdotto la jodoterapia pre-operatoria, con l'odierna tecnica chirurgica, si può dire che in nessun caso di Basedow, anche il più grave, purchè non vi sia un grave stato di scompenso cardiaco, sia controindicato l'intervento operatorio: questo rimane dunque, almeno fino a quando non sarà possibile conoscere le intime alterazioni funzionali di tutte le ghiandole endocrine che sicuramente partecipano alla genesi del m. di Basedow, il trattamento di scelta. Esso potrà essere potentemente coadiuvato dalla terapia jodica specifica, mediante la dijodotirosina (contenente la frazione jodica delle tiroidi), preparato questo entrato in terapia solo due anni fa, ma che molti AA. già considerano, con entusiasmo forse un po' prematuro, come il migliore dei medicamenti interni nella cura del m. di Basedow. G. LA CAVA.

DIVAGAZIONI

La personalità di Goethe.

La geniale personalità di Goethe è rimasta ancora talmente viva ed interessante attraverso le sue opere ed i ricordi che della sua vita egli stesso ed i suoi contemporanei hanno lasciati, che uno studio di essa dal punto di vista della psicopatologia storica non può non riuscire appassionante ed istruttivo. Lo ha fatto molto intelligentemente ed acutamente G. M. Estapé (*Rev. Méd. Latino-Americana*, marzo 1933).

È appunto nel periodo della giovinezza accidentata e burrascosa di Goethe, saturata di *tedium vitae* e coronata dalla disperazione, è nel periodo dei suoi veri amori e delle sue fughe che incomincia il dramma gigantesco della sua vocazione, quando un destino interiore faticosamente raggiunto entra in conflitto con un destino esteriore, implacabile e tragico.

Studiando la biogenesi della personalità di Goethe si incontrano tre linee ereditarie e convergenti che integrano il nucleo della sua eccezionale personalità: per la linea paterna, i Goethe, che appartengono alla classe lavoratrice operaia, per la linea materna, la famiglia Textor appartenente alla classe intellettuale e amministrativa e la famiglia Lindheimer, scrittori ed artisti.

Queste tre masse ereditarie convergenti e differenti (epinixi ereditaria di 3° grado di Sommer) spiegano la ricchezza ed il polimorfismo della capacità psichica di Goethe. Schiller, nel 1788 così lo descrive: « di statura mediana, di aspetto rigido, anche nel cammino. La sua fisionomia è ermetica ma gli occhi sono molto vivi ed espressivi ed il suo sguardo incantatore. A parte la sua serietà, l'espressione del volto è benevola: dimostra più anni di quelli che ha. L'espressione della sua voce è sommamente gradevole ».

Dal punto di vista del carattere (formula psicologica) Goethe era dominato da un possente *animo vitale*, che aveva ereditato da sua madre e che gli permetteva di affermarsi nella vita con energia e perseveranza. Dal punto di vista del temperamento, Goethe era un buon borghese, buon mangiatore e buon bevitore ma non alcoolista: non prendeva tè nè caffè e aborriva il fumo.

Nella vita psico-sessuale, contrariamente a quanto comunemente si crede, Goethe si mantenne sempre nei limiti di una sana prudenza, per quanto il suo istinto sessuale o « libido » fosse particolarmente intenso. Come Buonaparte, come Giulio Cesare egli non poteva vivere senza donne e nelle sue relazioni con il bel sesso si possono constatare tutti i gradi estremi ed intermediari, dall'amicizia serena e confidenziale all'amore appassionato e frenetico. Era capace di un amore narcisista o amore allo specchio, come lo dimostrerebbero queste parole che egli scrisse nel 1777 ad una sua amica, Carlotta von Stein: « Penso talvolta se io vi ami veramente o se l'essere a voi unito mi dia solo il piacere che dà la presenza di un cristallo puro in cui uno possa specchiarsi ». Le sue amanti appartenevano a tutte le classi sociali; i suoi amori come la sua attività artistica rivestono un carattere chiaramente periodico: è questa la caratteristica specifica della vita amorosa di Goethe.

Apparentemente la sua attività creatrice o artistica necessitava di uno stimolo erotico, ma ciò avveniva ad intervalli di tempo regolari. Goethe dunque era un ciclotimico, portatore della cosidetta costituzione *psicopatica periodica*. La sua attività creatrice e la sua attività amorosa procedevano parallelamente e si rinforzavano vicendevolmente, essendo ambedue consecutive ad un aumento o intensificazione del tono neuro-psichico, che si traduceva in vere crisi di eccitazione intellettuale (attività creatrice) e di eccitazione psico-sessuale (attività amorosa): tali periodi duravano in media due anni e si alternavano con periodi di depressione intellettuale e psico-sessuale, che duravano circa 7 anni e nel corso dei quali au-

mentava la sua attività scientifica e filosofica. La biografia di Goethe è la prova evidente di tale attività periodica.

Come lo riconosce lo stesso Goethe, la sua attività creatrice e l'ispirazione poetica sorgono in lui come febbre brusca e repentina, raggiungono un acme e poi tutto cade di nuovo nel nulla.

Non più dunque l'opinione classica che faceva di Goethe un genio « tutto equilibrio ed armonia », bensì genio risultante dalla combinazione di un talento superiore con un fattore psicopatico, la ciclotimia Goethiana, che, all'immortale tedesco serviva di lievito, di catalizzatore nella creazione delle sue opere possenti.

G. LA CAVA.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

F. ABBA. *L'Igiene custode della salute.* Un vol. in-16° di 306 pag. con 101 fig. Soc. editrice internazionale, Torino, 1933. Prezzo L. 10.

Un buon libro di volgarizzazione delle nozioni di igiene e di medicina è di somma utilità non soltanto per diffondere tali conoscenze fra il pubblico ed agire così come propaganda, ma per il medico stesso e l'igienista, specialmente come guida per conferenze di propaganda igienica e di pronto soccorso.

Risponde ottimamente allo scopo questo libro del prof. Abba, nome ben noto a tutti i cultori di igiene. Nei primi capitoli sono esposti: le meraviglie del corpo umano, il laboratorio umano in azione, l'ambiente di vita. Largamente trattate sono poi le malattie infettive e contagiose; vengono poi le malattie del lavoro e capitoli su diverse questioni (alcoolismo, abitazione, nutrizione, nettezza, sport). Dopo oltre trenta pagine dedicate al pronto soccorso, l'A. si occupa della Croce Rossa, dell'assistenza agli infermi, della legislazione igienico-sanitaria, della statistica demografica.

Stile piano, direi quasi, bonario, immagini vivaci che richiamano l'attenzione del lettore e col paragone di cose note (centrale elettrica, acquedotto, ecc.) rendono più chiari i complessi meccanismi anatomo-fisiologici; in tutto un senso di giusto equilibrio che, rifuggendo da inutili esagerazioni, mira a quanto può essere essenzialmente pratico.

fil.

P. AMALDI. *Elementi di antropologia dell'accrescimento.* Editore Carabba, Lanciano. Prezzo L. 12.

Dopo avere dato un cenno conciso e completo di antropologia generale l'A. elenca e spiega le modificazioni che l'organismo umano subisce durante il suo sviluppo.

Si sofferma su ciascun periodo dell'età dell'uomo precisandone i caratteri e le forme di transizione di tappa in tappa.

La seconda parte è dedicata alla patologia nervosa e mentale dell'infanzia, e sopra tutto alle frenastenie.

DR.

Atti dell'Istituto nazionale delle Assicurazioni. Vol. V. Un vol. in-8° di pag. 277. Presso lo stesso Istituto, Roma, 1933.

In questo volume di Conferenze di coltura assicurativa tenute nel 1932, troviamo parecchi lavori di grande interesse anche per il medico ed il biologo. Anzitutto uno studio su un tema della più palpitante attualità, quello della fluttuazione della natalità che L. Livi considera in rapporto con lo stato sanitario ed economico dei popoli. A proposito di assicurazioni ed igiene sociale, A. Ilvento tratteggia la grande importanza che è venuta assumendo quest'ultima ed il grande sviluppo che può assumere col sistema assicurativo. M. Boldrini rileva in uno studio statistico-antropologico la tendenza verso l'unificazione del tipo somatico italiano.

Altre conferenze e monografie riguardano la statistica pura (« Probabilità e sopravvivenza » di F. Insolera) e questioni assicurative od economiche.

fil.

L. PUTURIANU. *La tuberculose germinale.* 4 volumi in-4°, poligrafati, di p. 586, con 55 tavole in nero ed a colori. Presso l'A. (Str. Dr. Felix 48, Bucuresti 2, Romania), 1931-1933.

L'A. designa come « germinale » la tubercolosi prodotta dai granuli o germi non acido-resistenti derivati dal bacillo di Koch (li ottiene mediante inoculazione nei polli o mediante colture in mezzi speciali); essa differisce molto da quella prodotta dal bacillo di Koch, acido-resistente e che l'A. considera sporigeno.

L'A. se ne vale anche a scopo terapeutico.

Considera per ora la batteriologia e la patologia della tbc. « germinale »; in volumi ulteriori prenderà in esame la clinica.

Il lavoro, diligente, è poligrafato; sarebbe desiderabile che fosse stampato.

A. P.

P. STEFFAN. *Handbuch der Blutgruppenkunde.* Editore J. F. Lehmanns, Monaco. Prezzo Mk. 48.

La teoria dei gruppi sanguigni che in pochi anni ha raggiunto uno sviluppo cospicuo, costituisce argomento di numerose monografie e trattati istituzionali.

I progressi incessanti sull'argomento, rendono le pubblicazioni presto incomplete.

Il libro dello Steffan espone ampiamente tutto quanto si conosce sull'argomento, che è trattato in modo chiaro ed esauriente in tutti i suoi aspetti teorici e pratici.

La letteratura, nella quale figura abbondante il concorso della scienza italiana, è riportata al completo.

DR.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 29 aprile 1933.

Presiede il Prof. B. GOSIO.

Considerazioni sul solfocarbonismo professionale.

Prof. A. RANELLETTI. — L'O., considerando che lo studio del solfocarbonismo ha assunto negli ultimi anni in Italia una maggiore importanza, sia perchè i casi di questa intossicazione sono aumentati, sia perchè essa è compresa nella legge d'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali, e fra quelle per le quali c'è l'obbligo delle visite preventive e periodiche dei lavoratori, ha stimato utile portare il suo contributo clinico e sperimentale alla migliore conoscenza dell'intossicazione. Avendo egli osservato una quindicina di casi di solfocarbonismo, ha raccolto tutta la casistica italiana, di un centinaio di casi in modo da poter tracciare un quadro pressochè completo sullo stato attuale del solfocarbonismo in Italia.

Dallo studio dei casi personali, e dagli altri AA., e da risultati delle sue ricerche sperimentali, l'O. trae alcune considerazioni, che così riassume: 1) dal lato *etiologico*, la maggior parte dei casi (77 %) si sono avuti nelle fabbriche di seta artificiale (Rayon), il rimanente nell'estrazione dei grassi a mezzo del CS2, e nella vulcanizzazione a freddo del caucciù; 2) dal lato *sintomatologico*, nella massima parte dei casi (80 %) si hanno manifestazioni cliniche prevalenti a carico del sistema nervoso: psicosi, sindromi strio-pallidali, sindrome di Korsakoff, turbe di organi dei sensi, polinevriti e paralisi, talora nevriti isolate, tra cui un caso personale di nevrite parziale del n. vago-accessorio, degno di rilievo in quanto detta nevrite si ritiene propria della tossina difterica: alle turbe nervose si associano segni di anemia, disturbi gastro-intestinali, ecc. Ma in un minore numero di casi (20 %) si ha prevalente l'anemia. Per cui CS2 lede principalmente il sistema nervoso e il sangue; 3) dal lato *anatomo-patologico*: gli esperimenti dell'O., fatti in modo da riprodurre le modalità e le condizioni in cui si verifica l'intossicazione professionale, oltre confermare la sintomatologia dell'uomo, hanno fatto rilevare alterazioni anatomo-patologiche, che, dato le scarsissime osservazioni sull'uomo, hanno importanza in quanto dànno una base anatomica alle più importanti manifestazioni cliniche: l'O. illustra le principali di queste alterazioni, specie del cervello, fegato, milza: nel cervello, oltre l'iperemia comune a tutti gli organi, segnala la cromatolisi delle cellule nervose, a cui egli ritiene di poter riferire almeno una parte dei disturbi nervosi che si osservano nell'uomo, oltrechè all'affinità di CS2 pei lipidi dell'elemento nervoso; nel fegato uno stimolo irritativo e un'azione tossica (infiltrazione parvicellulare negli spazi di Kiernan, e steatosi delle cellule epatiche): cui si può riferire la lesa funzionalità epatica che si osserva nell'uomo; nella milza numerosi macrofagi, nei seni e nei cordoni di Billroth, con frammenti di globuli rossi, attestanti una maggiore attività eritrocateretica della milza, indice di maggiore demolizione dei globuli rossi, per azione dannosa esercitata sulla loro vitalità da CS2, il che può spiegare l'emolisi e l'anemia nell'uomo; 4) dal lato *diagnostico* l'O. segnala utile per l'accertamento diagnostico la ricerca di SO2 nell'aria espirata, a mezzo di due metodi da lui sperimentati favorevolmente, basati rispettivamente sulla reazione del Xantato di rame e del solfuro di piombo; ricerche che, come quelle relative ad altre intossicazioni, acquisteranno maggior valore nella prossima entrata in vigore della legge d'assicurazione contro le malattie professionali.

Il prof. TORELLA crede utile ricordare che egli ha avuto occasione di adoperare largamente il solfuro di carbonio, come antisettico intestinale, dopo i primi lavori di Dujardin-Beaumetz al riguardo, lo ha usato, nella sua pratica medica, anche per lunghi periodi di settimane e mesi, seguìto da altri colleghi; e può affermare di non aver mai osservato disturbi di sorta.

Il prof. RANELLETTI fa osservare che la via gastrica non si riscontra nell'intossicazione professionale, la quale si verifica principalmente nella via respiratoria pei vapori di CS2, e poi dalla pelle pel liquido. Per la via respiratoria, dosi di mmg. 0,15-1 per litro d'aria provocano nell'uomo intossicazione cronica; mmg. 1,5 per litro d'aria, intossicazione acuta non grave; mmg. 6 circa dànno sintomi gravi d'intossicazione acuta in meno di un'ora. Invece per via gastrica occorrerebbero dosi molto maggiori: così secondo Balthazard l'ingestione di 12-35-57 gr. di SO2 è stata incapace di provocare la morte; e Sapellier cita il caso di un individuo che aveva la manìa di ingerire CS2 sino a 7 gr. al giorno, e dopo un mese aveva diarrea e dimagramento; peraltro Lewin cita il caso di un individuo morto in due ore dopo l'ingestione di 15 gr. di CS2. Piccoli animali (cavie, conigli) si sono potuti intossicare facendo ingerire sino a gr. 1-2,5 di CS2 al giorno: la morte avveniva in media dopo un mese (Arezzi).

Riassumendo, per la via gastrica non si verifica l'intossicazione professionale. Comunque per tale via occorrerebbero dosi forti di parecchi grammi al giorno, di gran lunga quindi superiore a quelle sufficienti per via inalatoria e a quelle terapeutiche di cui parla il prof. Torella, il quale perciò può essere riassicurato al riguardo.

Il prof. TORELLA ringrazia della esauriente risposta.

Prof. R. ALESSANDRI. — *Due nuovi casi operati di tumore a clessidra comprimente il midollo spinale.*

Sviluppo spontaneo di miceti nei tappi di sughero di bottiglie con soluzioni medicamentose e nelle soluzione stesse.

Prof. R. MOTTA. — I miceti sono visibili macroscopicamente sulla faccia inferiore dei tappi di bottiglie contenenti soluzioni varie (protargolo 1-2-3-4 %, cocaina, novocaina-adrenalina, Fehling A e B, mistura Baccelli, ecc.) e nel fondo di soluzioni acquose di cocaina, novocaina-adrenalina, ecc., fiocchetti a cespuglio dati da colonie miceticbe, come dimostra un preparato, che l'O. presenta. Si svilupparono varii miceti: *Penicillium crustaceum*, *P. digitatum*, *P. italicum*, *P. luteum*, *Aspergillus sp.*, *A. glucus*, *A. Versicolor*, *Hormodendron*, *Phaescopulariopsis*, *Cephalosporium acremonium*; *Pachibasium piramidale*, *Cryptococcus sp.*, *Monilia sp.*, *Oospora lactis*, *Sporotrichum albicans*, *Sp. flavicans*.

La coltura per le soluzioni di protargolo fu negativa, per quelle di cocaina apparentemente ben conservata positiva.

L'O. mette in evidenza l'importanza dottrinale e pratica dell'argomento. Queste ricerche spiegano la patogenesi di alcuni casi di micosi dell'orecchio e delle prime vie aeree e digerenti e spiegano pure l'azione negativa o addirittura deleteria di alcune sostanze erroneamente impiegate per la cura di esse. *Il Segretario*: G. AMANTEA.

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 30 giugno 1933.

L'immunizzazione attiva curativa preventiva nelle paralisi postdifteriche.

G. FORNARIO. — Negli organismi vergini di ogni immunizzazione passiva, le paralisi post-difteriche danno pronta risposta risolutiva al trattamento dell'immunizzazione attiva con l'anatossina, senza riserve. È da ritenere che negli organismi trattati già con l'immunizzazione passiva, se fatta con dosi forti di siero, l'inoculazione di anatossina è inutile o dannosa. In questo caso prima di procedere all'inoculazione di anatossina, bisogna aspettare l'eliminazione dell'antitossina che si compie nel periodo di sei o dodici giorni. Ad organismo con poche unità antitossiche in circolo (per inoculazione di piccole dosi di siero o per essere a termine della sua eliminazione), il trattamento dell'anatossina può iniziarsi anche subito a piccole dosi ed a brevi intervalli (4-5 giorni).: perchè le piccole dosi di anatossina, spostando piccole dosi di tossina, non riescono dannose, possono riuscire immunizzanti e concorrono al processo di eliminazione del siero. Nel trattamento di immunizzazione passiva giova ricordare che le dosi maggiori di 30.000 unità non aiutano alla risoluzione dell'infezione e impediscono il pronto e valevole intervento di una vaccinazione sussidiaria attiva all'anatossina. A qualunque finalità curativa o preventiva è controindicato ogni trattamento associato di siero antidifterico e anatossina in un sol tempo o a brevi intervalli (ore, giorni) come fu tentato altre volte perchè inefficace o potrebbe riuscire nocivo.

Discussione: NASSO.

Studi ematologici sulla tubercolosi polmonare: il comportamento dei reticolociti e della loro resistenza osmotica.

P. G. SILVANO. — Il rapporto reticolociti-eritrociti è aumentato nella tubercolosi polmonare ma la produzione qualitativa dei reticolociti stessi è alquanto inferiore alla norma (resistenza osmotica minore che nei normali). Il pneumotorace produce una diminuzione del rapporto; mentre invece la crasi sanguigna migliora. Da questo si deduce che nelle anemie tubercolari più è dovuto al fattore emolitico che viene nettamente diminuito che non a quello mielotossico.

Primi esperimenti sull'azione leucocateretica della milza.

C. COLOMBI e L. PALAZZI. — La leucopenia osservata nel sangue venoso splenico fa subito pensare ad un'attività leucocateretica della milza e cercare un rapporto fra i risultati dei due oratori con le osservazioni di Tramontano e di Borghi. La grande differenza nel numero dei globuli bianchi fra il sangue venoso splenico ed il sangue del circolo generale non è colmata neppure dall'energica contrazione determinata dall'iniezione di 1 mgr. di adrenalina endovena. Sembrerebbe quindi trattarsi di distruzione di grande quantità di leucociti.

Discussione: PEPERE, GREPPI, FOÀ, GIANNI, ZOJA.

I primi risultati del trattamento con dijodotirosina nell'ipertiroidismo.

P. LEVI. — Vengono riportati e discussi quattro casi di ipertiroidismo in cui il trattamento con dijodotirosina ebbe assai favorevole effetto. L'esposizione dei dati clinici viene preceduta da una discussione bibliografica dell'argomento.

Discussione: FOÀ, GREPPI, ZOJA.

Il Segretario: Dott. R. SCOTTI DOUGLAS.

Società Lombarda di Chirurgia.

Seduta del 9 giugno 1933.

Presidenza: Prof. MARIO DONATI.

PELLEGRINI A. — *Impalamento addominale da bastone da sci. Descrizione di un caso operato dopo 5 ore, guarito.*

Discussione: NASTRUCCI, DONATI.

La frattura di Meissner.

RAGO G. — L'O. presenta un caso raro di frattura marginale posteriore isolata dell'epifisi distale della tibia, di recente osservazione personale, illustrandolo eziopatogeneticamente e clinicamente. Alla descrizione del suo esemplare fa procedere una breve rassegna degli altri pochi casi esistenti in letteratura.

Discussione: ETTORRE, LUSSANA, DONATI.

Sulla peritonite acuta cosidetta primitiva.

CIMINATA A. — L'O. coglie l'occasione di alcuni rilievi clinici osservati in un caso di recente operato — 9° della sua statistica — per discutere il problema della genesi, ancora controversa, di questa oscura malattia e pur non negando le altre teorie crede che molti dati di fatto stanno a provare l'importanza della teoria intestinale.

Discussione: ZOJA, PEPERE, DONATI, FORMIGGINI, SOSTEGNI.

CASTIGLIONI G. — *Osservazioni cliniche e sperimentali sul mucocele appendicolare e sul pseudo mixoma peritoneale.*

Discussione: DONATI, PEPERE.

Tentativi di produzione sperimentale di embriomi.

PETTINARI V. — L'O. riassume i risultati di una lunga serie di esperienze che da alcuni anni persegue sull'innesto di tessuti embrionali. Documenta una serie di casi nei quali è riuscito ad ottenere delle formazioni teratoidi che sono state seguite fino alla morte spontanea degli animali con un massimo di 20 mesi dall'innesto senza segni di regressione o di prossimo riassorbimento. Esse corrispondono a formazioni patologiche umane ed in modo particolare a cisti mesenteriche (epidermoidi, dermoidi, endodermiche particolarmente associate con zone cartilaginee e ossee) a cisti paraovariche, ad entero cistomi, a complessi teratoidi. In un caso la struttura era a tipo mixofibromatoso con nuclei cartilaginei. Analoghe formazioni ha ottenuto con l'inoculazione in testicoli di cavia. Dimostra un animale e proietta numerose fotografie e microfotografie. *Il Segretario.*

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 1° luglio 1933.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ

La classificazione delle ipoglicemie.

Prof. S. FICHERA. — Dopo una digressione fra le varie forme d'ipoglicemie si propone una classificazione di queste secondo la loro genesi e secondo la loro durata. Così si distinguono le ipoglicemie in provocate e spontanee. Le prime in ipoglicemie da insulina, da sostanze ad azione insulinica e quelle sperimentali. Le ipoglicemie spontanee in persistenti e transitorie. Le persistenti dovute o a insufficiente apporto di idrocarbonati, o a eliminazione esagerata di questi, oppure ad alterazioni permanenti di organi che presiedono al ricambio zuccherino. Le transitorie sono legate a disfunzioni temporanee di detti organi endocrini.

Le ipoglicemie spontanee transitorie.

Prof. S. FICHERA. — Stabilito per quale meccanismo armonico si ha l'equilibrio glicemico, si fa una rassegna di alcuni tipi di ipoglicemie spontanee transitorie e si riferisce su un caso di ipoglicemia da iposurrenalismo.

La somministrazione di preparati surrenalici corresse la ipoglicemia. Si fa rilevare la importanza di tali forme che spesso rappresentano un reperto occasionale asintomatico e qualche volta sono rilevate da una sindrome clinica glicopenica.

Prof. G. LINO. — *Organi genitali e colecisti. Ricerche sperimentali.*

G. SALA. — *Ricerche sperimentali sui rapporti tra simpatico cervicale e vasomotori retinici nel cane.*

L'autovaccinoterapia nell'ozena nasale.

Dott. S. BARBERA. — L'O. riferisce i risultati ottenuti in 15 casi di ozena nasale trattati con l'autovaccinoterapia polimicrobica. In 7 casi ha ottenuto la guarigione, in 2 un notevole miglioramento, in 3 un miglioramento mediocre, in 3 insuccesso.

Nei casi guariti si sono avute modificazioni anche nello stato della mucosa, in quanto questa è ritornata quasi di aspetto normale; nei casi con notevole miglioramento si è avuta la scomparsa delle creste e del cattivo odore con persistenza dell'atrofia della mucosa; nei casi con miglioramento mediocre si è avuta un'attenuazione e scomparsa dell'odore con fluidificazione e diminuzione della secrezione; nei casi di insuccesso si è avuto o un miglioramento o nessun risultato.

La cura è stata maggiormente efficace nei casi in cui la malattia e l'atrofia della mucosa non erano assai progredite. I risultati ottenuti sono stati constatati anche a più di un anno dalla fine della cura.

Contributo allo studio dell'adenoma delle fosse nasali

E. GIUFFRIDA. — Descrizione di una rarissima osservazione di adenoma pure della fossa nasale S., inserito in corrispondenza della parte anteroinferiore del setto. Rileva la necessità di ben differenziare l'adenoma vero e proprio dalle iperplasie ghiandolari che talora possono riscontrarsi nell'ambito dei polipi nasali; rileva anche la necessità di differenziare i casi rarissimi di adenoma delle fosse nasali da quei casi che si trovano descritti sotto la denominazione di adenoma maligni S. destruens e che vanno invece compresi nel capitolo dell'adenocarcinoma. Espone i dati fondamentali di diagnosi differenziale tra adenoma puro delle fosse nasali e iperplasie ghiandolari nell'ambito dei polipi nasali, di cui comunica anche un'osservazione personale.

Emolisi da eritrosina con emazie di soggetti normali e cancerosi.

Dott. G. GALVANO. — Si è studiato con tre differenti serie di esperimenti il potere emolitico della eritrosina verso emazie di individui normali e cancerosi. Nessuna differenza di comportamento è stata notata.

Crisiasi in corso di auroterapia.

A. LONGO. — L'O. accenna brevemente alle varie complicanze che possono verificarsi in corso di auroterapia, intrattenendosi particolarmente sulle alterazioni pigmentarie della pelle. Descrive il caso di una donna, di colorito bruno, in cui dopo la somministrazione di gr. 2,80 di Crisalbina in 5 mesi, si manifestò la insorgenza di crisiasi.

Accenna alle varie teorie patogenetiche, dimostrandosi favorevole a quella che considera la crisiasi come dovuta ad un deposito di granuli metallo-proteici nel corion, avanzando l'ipotesi, per quanto meno probabile e comunque da dimostrare che la pigmentazione possa essere dovuta ad un disturbo della melanogenesi.

Il Segretario: Prof. G. DI MACCO.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta dell'8 luglio 1933.

Presidente: Prof. PAOLO GAIFAMI.

L'albuminuria sostitutiva nel diabete.

Prof. L. FERRANNINI. — L'O. a proposito di un caso di diabete in cui la glicosuria scomparve quando comparì una nefrite, pur persistendo iperglicemia notevole, discute la cosidettà albuminuria sostitutiva, di cui critica l'espressione ed il concetto.

Richiama l'attenzione sull'importanza della funzione renale nel comportamento della glicosuria e sui disordini del ricambio idrocarbonato nelle nefriti, ribadisce il concetto che solo attraverso la glicemia si può riconoscere e seguire un diabete; invita infine a studiare l'importanza del rene nella patologia e sintomatologia del diabete tracciando la via da seguire.

Amniosgrafia.

Prof. M. CETRONI e Dott. M. AZZARITI. — Gli OO. hanno eseguito radiografie dell'utero gravido dal settimo al nono mese in venticinque donne, dopo iniezione nell'utero, attraverso la parte addominale, di sostanze opache. L'uso del ioduro di potassio e di stronzio non ha dato risultati soddisfacenti; buoni contrasti sono stati ottenuti con l'uso dell'umbrenal e dell'uroselectan (dose da 30 a 40 cc.) e migliori ancora con la iniezione di 30-40 cc. di pielofanina al 70 %.

Nessun danno si è avuto per la madre e per il feto. Nei radiogrammi appare soprattutto evidente il contorno del feto, piccole parti comprese, onde si propone il nome di « fetografia endouterina ; quasi sempre si può fare diagnosi di sesso; evidenti le anse del funicolo, i suoi giri attorno al collo ed agli arti del feto, la sede dell'inserzione placentare; si sorprendono movimenti di suzione

del feto, la variabilità del suo atteggiamento, il rapido passaggio nello stomaco ed intestino del liquido amniotico.

In due casi in cui le iniezioni erano state eseguite in travaglio di parto, la radiografia della placenta, dopo l'espulsione, ha messo in evidenza l'opacità della rete vasale, il che dimostra che la sostanza iniettata passa nel sangue del feto.

L'azione dell'estratto paratiroideo sul tasso glicemico nei soggetti normali e nei diabetici.

Dott. A. Ferrannini. — L'O. ha studiato in sette soggetti normali ed in due diabetici l'azione dell'estratto di paratiroide sul tasso glicemico.

Dei sette soggetti normali in sei esso ha esplicato azione ipoglicemizzante; in un sol caso invece dell'ipoglicemia si è avuto un modico rialzo del tasso glicemico.

Nei due diabetici l'azione ipoglicemizzante è stata costante.

Pseudo emottisi da sanguisuga in trachea.

Dott. G. Russo-Frattasi. — L'O. illustra un caso di sanguisuga in trachea in un uomo di 60 anni che simulava una emottisi e di cui l'infermo ne ignorava la presenza. Espone delle considerazioni sui terreni di sviluppo degli anellidi e sui metodi di estrazione.

Prof. L. Musaio. — *Osservazioni su di una reazione cromatica presentata da alcune urine di ratti. Nota II.*

L'istologia della portio in gravidanza e il cancro.

Prof. P. Gaifami. — Prende punto di partenza da un lavoro di Hofbauer, comparso nell'*American Journ. f. Obs. a. Gyn.* del luglio 1933, per rivendicare a sè stesso la prima dimostrazione delle modificazioni atipiche iperplastiche e metaplastiche e delle produzioni vacuolari che la gravidanza determina spesso nell'epitelio di rivestimento e nell'elemento ghiandolare del collo uterino, quali sono ora nuovamente descritte da Hofbauer.

L'O. studiò dette modificazioni sistematicamente fino al 1910 (*Annali di Ost. e Ginec.*) ed alcune delle figure allora riportate corrispondono perfettamente a quelle odierne di Hofbauer. L'O. inserì anche alcuni di detti reperti nei suoi *Elementi di ginecologia*, pag. 247, Ed. Pozzi, Roma, 1928. In seguito, dopo i lavori di Stieve che aveva trascurato il contributo italiano, l'O. fece riprendere lo studio dal suo aiuto Revoltella (*Rivista Ital. di Ginecologia*, 1927 e 28).

Questo per il lato istografico. Dal lato poi delle possibili interferenze patogenetiche, l'O. ricorda che già nella monografia del 1910 egli faceva considerazioni molto analoghe a quelle odierne di Hofbauer, prospettando la possibilità di vedere dei rapporti fra gli stimoli gravidici alla proliferazione atipica della mucosa del collo ed il predominio delle multipare nella localizzazione cervicale del cancro dell'utero. Tale concetto faceva poi ribadire da Revoltella nel 1927, da De Candia, nel 1930 (*La Clinica Ostetrica*), da Cetroni nel 1932 (*Atti Acc. Pugliese di Scienze*, 1932, n. 6); lo riaffermava egli stesso in una nota sulla predisposizione al cancro dell'utero nelle pluripare (*La Clinica Ostetrica*, 1929) e di recente all'ultimo Congresso del cancro (Roma, aprile 1933, V. in *La Clinica Ostetrica*, maggio 1933), a proposito della Relazione del Sotti sulle lesioni precancerose.

Se queste ultime sono in fondo semplici ipotesi di lavoro, per le quali non ha quasi senso una rivendicazione, l'O. tiene invece a stabilire la priorità italiana nei riguardi dei reperti obiettivi istologici, già interessanti di per sè e meritevoli pertanto di formare oggetto di ulteriori studi che speriamo non mancheranno almeno ora... dopo il richiamo straniero. *Il Segretario.*

2° Congresso Regionale della Sezione Venezia Euganea.

Società Italiana di Pediatria.

Presidente: Prof. Gino Frontali.

La seconda riunione dei pediatri della Sezione Venezia Euganea ha coinciso con la commemorazione del 50° anniversario della fondazione della Cattedra pediatrica di Padova ad opera del prof. Dante Cervesato. Questa cattedra, la prima del Regno in ordine cronologico, venne fondata difatti nel 1882.

La commemorazione ha avuto perciò carattere uffciale ed è avvenuta nei locali dell'Università alla presenza delle autorità provinciali e cittadine, del Magnifico Rettore, del Presidente della Società Italiana di Pediatria, di numerosi rappresentanti delle varie facoltà dell'Ateneo padovano, nonchè di numerosi pediatri convenuti dalle tre Venezie.

Parlarono il rettore prof. Anti, il presidente della Società prof. Allaria, il titolare della Cattedra di clinica pediatrica di Padova e presidente della sezione prof. Frontali, che tenne un ampio discorso.

Considerazioni intorno all'intubazione.

Dott. Antonio Baccichetti (Osp. d'Is., Treviso). — Analizzando i casi di difterite laringea (506) ricoverati nel sessennio 1927-1932 all'ospedale d'isolamento di Treviso trova che su 446 intubati nessuno fu dimesso con sintomi di stenosi laringea cronica secondaria ad intubazione: nessuno rimase canulard. La durata del periodo di permanenza del tubo in laringe in alcuni casi è stata superiore al mese, ciò nonostante nessun esito cicatriziale si ebbe ad osservare come conseguenza di così lungo periodo di intubazione. Si usarono tubi corti enucleabili, senza lasciare il filo. Non si è mai ricorsi alla tracheotomia secondaria preferendo quando il bambino non rimaneva estubato, aumentare gradatamente il calibro del tubo ottenendo così sempre che dopo un periodo, più o meno lungo, il piccolo rimanesse esturbato. Su 446 intubati di cui 38 sotto l'anno, si ebbero 28 morti.

Dott. Giulio Dènes (Lab. Prov. Ig., Padova). — *Modificazioni del bacillo difterico in rapporto con l'immunità locale.*

Prof. Paolo Jacchia. (Osp. Orfani di guerra, Trieste). — *Relaxatio diaphragmatis destra con movimento paradosso da probabile paralisi postdifterica del frenico.*

Considerazioni su una epidemia di poliomielite ant. acuta a nord-est di Vicenza.

Prof. Edoardo Orefice (Rep. Ped. Osp. Civ., Vicenza). — L'O. riferisce su 12 casi osservati verso il finire della scorsa estate (fine luglio, agosto, settembre 1932). Tutti questi casi provenivano da una zona della provincia di Vicenza situata a

nord-est del Capoluogo. I bambini colpiti erano quasi tutti sotto i due anni di età; solo due sorpassavano tale limite.

Tre dei casi osservati dall'O. assunsero un decorso rapidamente mortale, rivestendo la forma della paralisi ascendente acuta, tipo Landry. Di fronte a questi casi che compromettono così tragicamente la vita dei bambini, noi ci troviamo pressochè disarmati. Talvolta il siero di convalescenti non si può trovare con la desiderata rapidità; il siero Pettit viene inviato a richiesta abbastanza rapidamente, ma sono rari i casi gravissimi che vengono portati alla nostra osservazione nei primissimi giorni.

E anche quando queste circostanze favorevoli si verifichino, i risultati che si ottengono da tale terapia lasciano alquanto perplessi. L'O. non vide menomamente influenzato il processo infiammatorio rapidamente ascendente fino a dare il quadro della paralisi bulbare. Furono usati anche tutti gli altri mezzi terepeutici quali l'urotropina, le iniezioni endorachidee di adrenalina al millesimo, ecc., ma i casi gravissimi vennero ugualmente a morte.

Il reperto istologico confermò le classiche lesioni nella sostanza grigia midollare e nelle leptomeningi. I casi più lievi miglioravano o per regressione naturale, o coadiuvati dalla Röntgenterapia midollare, che dà i risultati migliori quando sia precocemente intrapresa. L'O. desidera sentire dai colleghi presenti i risultati della loro esperienza terapeutica nei casi gravi.

FRONTALI osserva come l'affezione abbia un andamento endemico nella provincia di Padova da cui affluiscono ancora numerosi casi alla Clinica pediatrica. In risposta alla domanda del prof. OREFICE circa i mezzi terapeutici da usarsi nella malattia da Heine e Medin l'O. ha l'impressione che la prognosi del caso singolo quale si presenta alla prima osservazione non venga sensibilmente influenzata dall'uso del siero di Pettit.

Egli ritiene però che il siero Pettit quale si trova in commercio non sia, come quello inizialmente proposto dallo stesso Pettit, un siero proveniente da scimmie antropomorfe; ma sia semplicemente un siero proveniente da cavalli, avendo egli stesso osservato nei casi trattati un esantema da siero che non avrebbe avuto ragione di verificarsi qualora il siero derivasse da scimmie antropomorfe. In tali casi il siero del malato affetto da malattia da siero, a contatto con siero di cavallo presentava la specifica reazione zonale dell'Ascoli.

ALLARIA osserva che mentre all'inizio della diffusione del siero Pettit, fornitogli dall'O. stesso, questo era certamente del siero di scimmia, per notizie assunte in seguito può dire che l'attuale siero Pettit messo in commercio è del siero di cavallo. I risultati ottenuti con questo siero che all'inizio sembravano incoraggianti hanno deluso poi l'aspettativa e l'O. può dire in base all'osservazione personale che tali risultati sono *all'incirca gli stessi di quelli* che si ottengono facendo uso di siero di convalescente o di siero di genitori dei piccoli malati.

Sulla polmonite fibrinosa franca del lattante.

Prof. ETTORE GIORGI (Osp. Infant., Venezia). — L'O. riferisce su un caso di polmonite crupale in un bambino di 3 mesi, nel quale la diagnosi clinica ebbe conferma dalla diagnosi anatomo-patologica. A tale proposito ricorda, per confutarle, le affermazioni recentissime del Marfan, il quale nel suo ultimo trattato (Les Maladies de première enfance », nega categoricamente la esistenza della polmonite franca nella prima infanzia. Dal materiale ricavato nell'Ospedale Infantile di Venezia, sopra un totale di 1153 penumopatie acute, osservate in sette anni, poterono essere annoverate 195 polmoniti franche, in bambini nei primi tre anni di vita.

Il rapporto tra polmoniti franche e bronco-polmoniti era del 17 %. Nelle polmoniti franche si ebbero 17 decessi colla mortalità dell'8,5 %. Secondo gli anni di vita la polmonite franca si è osservata nel primo anno in 34 bambini con 5 decessi (mortalità del 15,2 %). Nel secondo anno si ebbero 79 casi di polmonite fibrinosa con 10 decessi (11,5 %); nel terzo anno i casi di polmonite furono 82.

Dagli esposti dati statistici e dalle osservazioni anatomo patologiche risulta che, pur non essendo frequentissima, nel primo anno di vita la polmonite fibrinosa si verifica non di rado anche in codesta età, assumendo però una gravità maggiore che negli anni successivi. L'età più piccola osservata è di 3 mesi; nel secondo e terzo anno di età la malattia è frequente; l'andamento un po' meno benigno nel secondo anno, assume nel terzo anno quel decorso favorevole che si osserva nella puerizia.

Al tavolo anatomico oltre che reperti di polmonite franca confermanti la diagnosi clinica, si hanno sovente reperti i quali ci insegnano che abbastanza spesso polmoniti fibrinose non vengono diagnosticate perchè complicate e dominate dalla bronco-polmonite catarrale.

Fenomeni nervosi nel corso delle affezioni polmonari acute nel bambino.

Prof. GIOVANNI CAREDDU (Clin. Ped., Padova). — Su 158 casi di affezioni acute dell'apparato respiratorio osservati nell'ultimo biennio 116 erano forme bronco-polmonari, 42 forme polmonari lobari. Nelle forme bronco-polmonari comparvero fenomeni nervosi (convulsioni, fenomeni meningei) nel 2,5 %. Su 42 casi di polmonite lobare si ebbe invece il 21,5 % di fenomeni nervosi cospicui. Essi erano rappresentati da: stato di ipereccitazione, e da segni meningei molto marcati e comparsa di fenomeni convulsivi. La puntura lombare mise in evidenza un aumento della pressione intracranica che persistè in un caso oltre la risoluzione dei fatti polmonari mentre in un caso si passò da un liquor normale ad un liquor con le caratteristiche di una meningite pneumococcica. Esiste quindi una affinità fra pneumococciemia e meningi. La maggior frequenza di fenomeni nervosi in rapporto alla localizzazione alta del processo polmonare sembra legata alla maggiore frequenza con cui tale localizzazione si manifesta rispetto alle altre sedi.

Prof. FEDERICO BRUNETTI (Osp. Civ., Venezia). — *Due casi di complicanze bronco-polmonari da intervento chirurgico sull'anello di Waldeyer.*

Discussione: CAREDDU, OREFICE, ALLARIA.

Prof. PAOLO JACCHIA (Osp. Orf. di Guerra, Trieste). — *Guarigione di meningite con completi sintomi basilari in bambina con tubercolosi ghiandolare e nefrite emorragica acuta.*

Prof. GIOVANNI ZANETTI (Ist. An. Pat., Padova). — *Spirochetosi universale in bambino eredo-luetico.*

Discussione: TRUFFI, ZANETTI.

Leishmaniosi cutanea.

Prof. MARIO TRUFFI (Clin. Dermosif., Padova). — L'O. ha potuto studiare le modificazioni citologiche del parassita in due casi in cui fu iniettato endovena del tartaro stibiato a dose altissima. I primi effetti si manifestano sul macronucleo che si vacuolizza e tende a scomparire; anche il protoplasma si riempie di vacuoli lasciando una piccola cavità ovoidale limitata dalla membranella periferica. Il macronucleo il quale conserva nelle prime ore la forma a bastoncino si riduce ad una sferetta puntiforme e scompare così come pure la membranella periferica. Anche l'elemento cellulare che ingloba il parassita subisce un processo involutivo e degenerativo probabilmente per l'azione tossica delle sostanze che si liberano dal corpo del parassita morto.

Sulla terapia della stenosi congenita del piloro.

Prof. GINO FRONTALI (Clin. Ped., Padova). — L'O. dopo aver rapidamente esposti tre casi di questa affezione che era stata diagnosticata esattamente dal punto di vista clinico e confermata radiologicamente, e dopo aver messo in evidenza l'andamento sfavorevole della cura medica ed il buon esito di quella chirurgica conclude con l'ammettere che l'affezione abbia una frequenza maggiore di quella che si può rilevare dalle statistiche finora comparse in Italia e sulla necessità di affinare la diagnostica nel campo dei piccoli vomitatori abituali per distinguerne rapidamente quelli in cui il vomito è dovuto ad un ostacolo anatomico e di passare senza eccesso di perdita di tempo alla cura chirurgica coll'intervento di Wener Ramstedt. Egli crede infatti che i casi i quali vengono a guarigione con la cura medica siano quelli in cui delle due componenti anatomica e spastica, prevale quella spastica.

DELITALA rileva con piacere come si sia sottolineata da parte del Frontali la possibilità di porre una diagnosi di stenosi congenita del piloro in base al semplice esame clinico e si associa all'O. circa l'opportunità dell'intervento chirurgico.

GIORGI afferma di non aver avuto mai occasione di inviare forme di stenosi congenita del piloro al chirurgo; poichè i casi di vomito abituale che egli ha avuto modo di osservare furono potuti curare col solo trattamento medico, sopratutto mediante il trattamento dietetico con le pappe dense.

OREFICE ritiene anche egli molto rara la stenosi congenita del piloro che non ha avuto mai occasione di rilevare nella sua pratica ospedaliera; quanto alla patogenesi dell'affezione pensa alla possibilità di una ipertrofia secondaria a spasmo pilorico.

Prof. CESARE CAVINA (Ist. d'Odont., Bologna). — *Indicazioni ad operare nelle fessure labiali e palatine congenite.*

L'indirizzo moderno della cura precoce delle deformità.

Prof. FRANCESCO DELITALA (Osp. Civ., Venezia). — Come dirigente di un reparto ortopedico e di chirurgia infantile si è sempre preoccupato di fare ai medici ed ai suoi allievi norme precise sull'età più propizia perchè le malformazioni compatibili colla vita possano essere operate con successo.

Vi sono malformazioni quali la spina bifida, la stenosi del piloro, l'imperforazione anale, il megacolon che hanno carattere di urgenza e come tali debbono essere trattate. E qui l'accordo è completo.

Per altre malformazioni si discute sull'epoca migliore, se durante l'allattamento, se prima, se a distanza di anni. Si possono fare alcune considerazioni generali:

1) nelle prime 24 ore la resistenza del neonato è massima;

2) tutte le operazioni di plastica ossea o delle parti molli riescono meglio quanto più si è vicini alla nascita. La forza formativa è massima nell'embrione, minima nel vecchio;

3) col passare del tempo le alterazioni delle parti deformate aumentano progressivamente, mentre alla correzione chirurgica precoce seguono modificazioni dell'organismo che possono arrivare fino alla *restitutio;*

4) non vi sono difficoltà tecniche maggiori quando si opera precocemente. Come conclusione si deve operare più precocemente che sia possibile, quando non vi siano controindicazioni generali.

Come esempio pratico porta la cura del piede torto e della lussazione congenita.

Un tempo si attendeva che il bambino avesse raggiunto i 3 anni, ora si opera non appena possibile nel p. torto, non appena si fa la diagnosi, nella lussazione. Quanto più la riduzione è precoce tanto migliori sono i risultati.

MOZZETTI MONTERUMICI (Osp. Civ., Venezia). — *Rilievi sulle peritoniti chirurigche della prima infanzia.*

L'anestesia nel lattante.

Dott. FRANCESCO CABRAS (Osp. Civ., Venezia. — Riferisce sui diversi tipi di anestesia usati nella Div. Chir. Infantile dell'Ospedale Civile di Venezia: anestesia locale tutocainica, anestesia generale eterea e cloroetilica, e deduce dalle osservazioni fatte, che i bambini tollerano bene e senza inconvenienti tali tipi di anestesia, per cui ritiene si debba ad essi ricorrere per evitare sia il dolore sia quei riflessi generali che possono impedire o ostacolare il regolare decorso dell'intervento chirurgico.

L'acetato di tallio come mezzo di depilazione nelle tigne.

Prof. GIOVANNI TRUFFI (Clin. Dermos., Padova). L'acetato di tallio somministrato a dosi terapeutiche in quantitativi cioè ormai fissati tra i 7 e i 9 mmg. per Kg. di peso del bambino, determina ordinariamente una alopecia completa e temporanea del cuoio capelluto. La somministrazione viene fatta per via orale in acqua zuccherata a digiuno, tenendo poi il bambino per tutta la giornata a dieta lattea o almeno a dieta leggera.

Data la facilità di uso e la quasi costante azione alopecizzante del farmaco si comprende come il tallio sia un mezzo pratico per la terapia delle tigne, a portata di ogni medico e preferibile, specie nei casi di diffusa epidemia, alla depilazione con Röntgen.

Bisogna però tener presente che il metallo è tossico e che il limite tra dose terapeutica e dose

tossica è molto ristretto. Non bisognerà mai cioè oltrepassare le dosi sopra accennate se non si vogliono vedere comparire dolori articolari, vomito, dolori colici, diarrea, parestesie, inconvenienti che a volte compaiono anche malgrado che il dosaggio sia stato esatto. Presenta a dimostrazione di ciò un bambino il quale, avendo assunto 8 mgr. di tallio di peso, è depilato in modo perfetto sul cuoio capelluto, ma ha presentato sintomi dolorifici agli arti inferiori, più accentuati in corrispondenza delle articolazioni del ginocchio, tali da provocare evidenti disturbi nella deambulazione.

È stato proposto in questi ultimi tempi (Buschke, 1928) come antidoto dell'acetato di tallio, e quindi come medicamento utilizzabile nei casi di comparsa dei disturbi, il tiosolfato di sodio. A noi questo farmaco non ha dato particolari vantaggi.

Il bambino presentato ha infatti ricevuto giornalmente per 8 volte 10 cc. di soluzione al 10 % di iposolfito di sodio per via endovenosa, subito dopo l'ingestione del tallio, e malgrado ciò la sintomatologia dolorifica e tossica si è egualmente manifestata.

Un altro dato da tenersi in considerazione è quello che la nascita dei peli dopo somministrazione dell'acetato di tallio è più precoce di quanto non lo sia dopo le applicazioni Röntgen, cosicchè il tempo a disposizione per le disinfezioni del cuoio capelluto è più breve, ecco la ragione per la quale si devono eliminare i peli manualmente appena la depilazione si mostra facile e indolora. In generale la caduta spontanea si verifica tra il 12° e 18° giorno. La possibilità di facile avulsione compare invece più precocemente, tanto è vero che già all'8°-10° giorno si possono provocare depilazioni complete.

Il metodo misto raggi X + tallio, con il quale si utilizzano metà dosi dell'uno e dell'altro mezzo depilatorio, è naturalmente assai meno pericoloso eliminando gli inconvenienti sia dei raggi che del tallio; però a noi da un punto di vista terapeutico non ha dato risultati pari all'uso del solo acetato di tallio, inquantochè la possibilità di recidiva si è manifestata assai più facilmente.

Prof. GAETANO SALVIOLI (Clin. Ped., Siena). — *Comportamento del latte di fronte a sostanze coloranti e colloidi.*

Dott. GIACOMO PRETTO (Clin. Ped., Padova). — *Influenza dei r. u. v. sulla vitamina C del latte.*

Dott. GIOVANNI BOMBASSEI (Osp. Civ., Venezia). — *Un caso di scorbuto infantile tardivo.*

Dott.ssa MARTA RADICI (Clin. Ped., Padova). — *L'ipogalattia nelle donne del basso Polesine.*

Risultati ed osservazioni sulla dieta di Gerson nell'età infantile.

Dott. A. GOLIN e DOMENEGHINI (Clin. Ped., Padova). — L'O. riferisce i favorevoli risultati conseguiti, dal punto di vista dell'acccrescimento in peso e miglioramento delle condizioni generali, in 16 su 24 bambini specifici della 2ª infanzia trattati con la dieta di Gerson, opportunamente modificata.

Riporta anche i dati ottenuti da varie ricerche chimiche, come determinazione dei cloruri delle urine e determinazione della riserva alcalina, la quale in tutti i soggetti è apparsa in lieve aumento.

Presenta ed illustra varie grafiche, diapositive e tabelle.

Prof. G. CAREDDU e dott. F. RASI (Clin. Ped., Padova). — *L'eliminazione dei P. in bambini sani e rachitici dopo somministrazione parenterale di preparati organici di fosforo.*

Dott. ROMEO DELLA GIUSTINA (Clin. Ped., Padova). *Comportamento della fosfatemia nell'organismo a digiuno sotto l'influenza dei r. u. v.*

Prof. G. GAREDDU e dott. R. CENTO (Clin. Ped., Padova). — *Comportamento del tasso calcemico nel bambino normale, rachitico ed affetto da tetania sotto l'influenza dei r. u. v. e dell'ergosterina irradiata.*

Dott. VALENTINO ANGELINI (Clin. Ped., Padova). — *L'urea, l'ammoniaca e il pH urinario nelle affezioni gastro-enteriche del lattante.*

Costante ureo-secretoria nel bambino.

Dott. A. GASPARINI (Clin. Ped., Padova). — Dimostrata l'utilità che può presentare questa ricerca nel bambino, l'O. prima di tutto si domanda se la formula della costante così come è stata stabilita d'Ambard per la ricerca nell'adulto, possa senza altro applicarsi nell'età infantile, o non sia meglio applicare la formula di Apert, modificata appunto da questo autore nel senso di poterla applicare nel bambino.

Determinata la costante in una serie di bambini con rene integro sia con la formula d'Ambard, sia con quella di Apert vide che i risultati ottenuti con quest'ultima formula davano dei valori meno plausibili di quelli ottenuti con la formula d'Ambard, i quali corrispondevano a quelli ottenuti da quasi tutti gli autori nell'adulto normale.

Nelle varie affezioni renali del bambino poi osservò che in quelle che s'accompagnano a lesioni glomerulari si otteneva sempre una costante superiore alla norma; invece in quelle prevalentemente tubulari la costante si scostava poco o nulla dalla norma.

In base ai risultati ottenuti conclude che la determinazione della costante ureo-secretoria nel bambino mediante la formula d'Ambard è regolata dalle stesse leggi che valgono per l'adulto e nelle affezioni renali essa si è dimostrata una buona prova per riconoscere quelle forme in cui si ha una partecipazione del glomerulo anche di scarsa entità; infine poi ha giudicato questa ricerca un buon indice dell'attività ureo secretoria che concordemente con le altre manifestazioni cliniche può essere di guida per stabilire il successivo evolversi di un'affezione renale.

Dott. DOMENICO BOTTACIN (Osp. Civ., Venezia). — *Ortostatismo e nefrite cronica.*

Dott. RODOLFO BASSETTI (Osp. Civ., Venezia). — *Un caso di emoglobinuria parossistica a frigore.*

Dott.ssa LUISA PANAIOTTI (Clin. Ped., Padova). — *Glicemia e glicorachia.*

Dott.ssa MAFALDA PAVIA (Osp. Aless., Verona). — *Prime ricerche antropometriche sul bambino ebreo italiano.*

Discussione: TRIVELLATO, SALVIOLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla febbre ondulante.

Sulla febbre ondulante c'è stata un'ampia discussione alla Sezione Medica Epidemiologica e di Medicina Sociale della Royal Society of Medecine di Londra il 24 gennaio 1933 (*Proceedings of the Royal Soc. of Medicine*, giugno 1933) dopo una relazione di Sir Weldon Dalrynyle-Champrey. Egli ha osservato che la febbre ondulante ha un'entità clinica che ne permette la diagnosi. Questa però non può essere certa che coi metodi d'indagine di laboratorio.

La febbre ondulante è sparsa in tutto il mondo e non è nemmeno sicuro che la sua origine sia stata nel Mediterraneo. Per quanto riguarda l'Inghilterra e il Galles l'O. può riferire di 115 casi, che si sono avuti ovunque senza speciali predilezioni per alcune regioni. Essi riguardano 73 uomini e 38 donne. La malattia è rara nella prima decade d'età, più frequente fra 50 e 60 anni.

Solo nell'8 % dei casi si trattava di fattori o di addetti alle fattorie, il che è in contrasto con osservazioni di altri. Nessun caso riguardava veterinari e macellai. Però l'esame del sangue di 98 veterinari dava agglutinazione positiva per Br. abortus in 15 su 63 che avevano avuto contatto con animali malati e in 1 su 35 che non avevano avuto questo contatto.

L'infezione può derivare oltre che dal latte anche da concimazione di terreni con letame derivante da capre infette. Così in un'epidemia descritta in Francia dal Lafenêtre.

Nei 115 casi in questione ci furono 4 morti e 1113 settimane di febbre.

Walker Hall ha trovato una forte percentuale di campioni di latte anche pastorizzato contenente agglutinine per Br. abortus, ma in nessun caso l'iniezione nelle cavie mise in evidenza le brucelle.

Sinclair Miller ha curato sei casi di febbre ondulante collo shock proteinico (mediante vaccino paratifico) ed ha avuto buoni risultati, mentre non ha avuto buoni risultati Zakin.

Nel 1930 Home, a Rostof, curò con buoni risultati alcuni malati con irradiazioni Roentgen della milza.

Più recentemente, nel 1933, un caso di febbre ondulante fu curato col mercurocromo.

Secondo Manson-Bahr il limite minimo del tasso di agglutinazione sufficiente alla diagnosi è di 1:80 e di quest'opinione è anche C. S. Wilson.

Morley-Fletcher sostiene la necessità di cercare sistematicamente l'agglutinazione per la melitense ogni volta che si cerca per il tifo e i paratifi.

Geoffrey Evans richiama l'attenzione sui casi lievi.

R. LUSENA.

Clinica della malattia di Weil.

A. Bergwall (*Deut. Mediz. Wochenschr.*, n. 10, 1933), osserva che, oltre al decorso tipico della febbre, i sintomi principali della malattia di Weil sono i dolori ai polpacci, l'albuminuria ed ematuria, e l'ittero che sopravviene verso la fine della prima settimana. I sintomi corrispondono agli organi nei quali si annida la spirocheta: muscoli, reni e fegato. L'A. descrive un caso in un uomo di 25 anni, in cui l'ittero è comparso al 7° giorno di malattia. Il fegato era ingrossato; la funzione epatica poco compromessa: prova del galattosio normale, mai feci acoliche. La partecipazione del rene al processo morboso si manifestò con la comparsa di albuminuria, cilindruria ed ematuria; la pressione del sangue, il ricambio idrico e l'azoto residuo nel sangue si mantennero invece sempre normali. Il grado di lesione renale ha importanza prognostica: i casi ad esito letale per lo più soccombono all'uremia. La diagnosi venne assicurata nel caso osservato, con la inoculazione di urina alla cavia: comparsa di ittero e dimostrazione delle spirochete itterogene nel fegato dell'animale. Cura sintomatica: dieta ricca di idrati di carbonio, povera di albumina e di grassi; iniezioni di glucosio-insulina.

POLLITZER.

Difterite maligna tardiva. La sindrome del cinquantesimo giorno.

H. Grenet e J. Mezard (*Soc. Méd. Hôpitaux, Paris*, 16 giugno 1933) richiamano l'attenzione sulla difterite maligna tardiva, che si può manifestare quando il malato è già in convalescenza, verso il 35°-40° giorno ed anche più tardi. Si tratta di un nuovo attacco dell'intossicazione difterica, in cui possono distinguersi due ordini di sintomi: le paralisi (del velo pendolo, dell'accomodazione, degli arti inferiori, dell'addome, del tronco, della nuca), ma soprattutto i segni di alta gravità di ordine generale: il pallore, l'astenia, la febbre, per lo più non elevata e particolarmente i disturbi cardiovascolari. Incostante la dispnea; vi sono talora vomiti, altre volte dell'angoscia precordiale; frequente l'albuminuria e quasi costante l'oliguria.

Vi sono talora delle forme fruste, in cui i segni d'intossicazione si limitano a vomiti, ad un leggero pallore, ad un rialzo non forte di temperatura, ad ipotensione transitoria. Segni che, però, debbono ugualmente richiamare la attenzione per il pericolo di morte improvvisa.

Paralisi e segni generali sembrano indipendenti.

Qualche volta, i segni compaiono soltanto verso il 50° giorno, sia netti, sia in forma frusta. In un caso degli AA., un bambino di 4 anni e mezzo, affetto da angina grave, è curato con 560 cmc. di siero. Si ristabilisce

prontamente, soltanto verso il 38° giorno, si notano tracce di albumina nelle urine; buono stato generale. Improvvisamente, al 50° giorno, violenti accessi di tosse, senza fatti polmonari; polso a 176, con qualche irregolarità, abolizione dei riflessi rotulei, notevole abbassamento della pressione sanguigna. Al 52° giorno, morte improvvisa.

La nozione che risulta dalle osservazioni degli AA. è essenzialmente questa che si può avere una sindrome difterica maligna tardiva e che passato il 50° o meglio il 52° giorno, il difterico può considerarsi come completamente salvato dagli accidenti gravi d'intossicazione. Le paralisi, se esistono, seguono il loro corso.

In 44 casi di difterite maligna, osservati in 3 anni, gli AA. hanno osservato: in 10 casi, segni gravi dopo il 40° giorno e guarigione verso il 50°-52°. In 10, comparsa dei fenomeni fra il 45° ed il 50° (vomiti tardivi, febbre leggera, albuminuria, con segni di debolezza cardiaca). In 9, si è avuta la guarigione verso il 40° giorno. In 3, morte tardiva al 47°, 48°, 52° giorno.

È malagevole precisare la natura di questi accidenti tardivi, che non trovano rispondenza in perturbamenti delle funzioni organiche rilevabili con metodi di laboratorio; forse una certa importanza va attribuita all'azotemia. Nessuna indicazione viene data nè dallo studio della tossicità del germe, nè dalla determinazione dell'antitossina nel sangue degli individui affetti.

fil.

Ematuria malarica.

Mentre l'emoglobinuria è relativamente frequente nella malaria, rara è l'ematuria. W. H. Pott (*The Chinese Medic. Journ.*, aprile 1933) descrive un caso di ematuria in un giovane di 32 anni, in cui l'esame del sangue fu positivo per la terzana e nelle cui feci si trovarono uova di ascaridi e di anchilostoma. L'ematuria scomparve in 4 giorni colla somministrazione di chinino e plasmochina.

(*Non fu fatta un'indagine radiografica e l'A. non dimostra in modo sicuro l'origine malarica di questa ematuria.* - N. d. R.).

R. LUSENA.

La terapia della scarlattina.

Nella maggior parte dei casi di scarlattina, la miglior cosa è di lasciare operare la natura che rapidamente provvede.

Diversamente vanno le cose nei casi gravi, che si presentano con febbre alta, vomito, esantema molto acceso, sintomi nervosi ed ipocardia. In questi, come pur quando si tratta di pazienti debilitati, E. Lizier (*La Pediatria*, 1 luglio 1933) consiglia l'uso del siero antiscarlattinoso di Dick, che si ottiene, come è noto, immunizzando dei cavalli con gli streptococchi emolitici della scarlattina e le loro tossine; è un siero antitossico ed antiinfettivo. Se ne iniettano da 30 a 150 cmc. per via endomuscolare od endovenosa secondo l'età del malato e la gravità del caso. Nei casi gravi che si presentano *tardivamente* all'osservazione, si tenterà ugualmente col siero, che però darà scarsi risultati.

Su oltre 3000 casi osservati all'Ospedale di Trieste in 10 anni, l'A. ha avuto una mortalità per scarlattina del 10 % anteriormente all'uso del siero su nominato e del 2 % dopo.

Per le complicazioni bronco-polmonari otitiche e nefritiche, si userà la terapia sintomatica; per le angine fortemente necrotiche, l'A. consiglia le iniezioni (una o due) di arsenobenzoli alla dose di cg. 10-15 e nelle complicazioni ghiandolari la proteinoterapia alla dose di 2-5 cmc.

Giustamente l'A., confortato dalla sua larga esperienza, è contrario a tenere molto a lungo in letto il malato, alimentandolo con dieta scarsa a base prevalentemente di latte. Tale sistema va seguito nei primi giorni quando il malato è febbricitante ma, appena sfebbrato, lo si farà alzare aumentando progressivamente la dieta tenendo conto delle condizioni generali e dell'esame delle urine. In pochi giorni, va riportato alla dieta normale senza nessuna esclusione, anzi con iperalimentazione.

fil.

Batteriofagoterapia.

Poche delle prime speranze della batteriofagoterapia sono state realizzate. Si è visto che qualche risultato si può avere dando il batteriofago per via endovenosa. Però quello che si dice « batteriofago » è spesso più che una semplice sospensione di batteriofago; difatti contiene anche peptone del brodo di cultura e proteine batteriche liberate nel processo di lisi. Si tratta quindi di un supervaccino contenente tutti i costituenti chimici dei batteri. Per questo Larkum (*J. Lab. and Clin. Med.*, aprile 1932 e *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 6 maggio 1933) consiglia di sostituire i comuni vaccini con colture di batteri lisizzati.

R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

Valore clinico della prova del rosa bengala per la determinazione della capacità funzionale totale del fegato.

M. V. Rudha Krishua Rao (*The Indian Journ. of Medic. Research.*, aprile 1933) ha eseguito la prova del rosa bengala in un gruppo di malati di cirrosi epatica con ascite ed ha trovato costantemente ritenzione del colore nel sangue senza aumento della bilirubinemia. Questo dipende da più cause: dal diminuito afflusso di sangue attraverso il fegato cirrotico, dalle alterazioni strutturali del lobulo epatico e dalla degenerazione delle cellule del fegato.

Ritenzione del colore fu trovata anche nei casi di insufficienza cardiaca con congestione passiva del fegato di lunga durata, però la ritenzione è scarsissima e per lo più raggiunge il limite massimo della ritenzione normale, tanto che, secondo l'A., la prova del rosa bengala può essere utile nella diagnosi differenziale dell'ascite da scompenso cardiaco. Come nell'ascite da scompenso cardiaco si comporta il rosa bengala nella nefrite e nella peritonite tubercolare.

L'ittero e l'avitaminosi provocano pure moderata ritenzione del colore mentre notevole ritenzione si ha nel cancro primitivo o metastatico del fegato. Nell'anchilostomiasi fu pure osservata ritenzione del rosa bengala.

Questa prova, se ha grande valore diagnostico, non ne ha molta dal lato prognostico.

R. LUSENA.

NOTE DI TECNICA.

Il conteggio delle piastrine.

Si pratica secondo Gutstein (*Med. Klinik* e *Morgagni*, 29 genn. 1933) nel modo seguente:

Prelevare il sangue dalla vena cubitale, diluendolo con soluzione di citrato di sodio al 3,5 %, nelle proporzioni di 4 a 1. Agitare ed aspirare nella pipetta contaglobuli fino al segno 1, diluendo poi fino a 101 con la soluzione: Nilblau 2 BX g. 0,05; Solfato di magnesio gr. 7; Acqua distillata g. 100. Filtrare prima dell'uso.

Agitare e, dopo 5 minuti mettere il liquido nella camera di conta. Osservare con oculare 4 ed obbiettivo D (o 6).

Emazie non modificate; leucociti tutti blu senza possibilità di distinguere il nucleo dal protoplasma; le piastrine appaiono come piccoli corpuscoli rotondi od ovali blu chiaro o nettamente blu. Vanno contate soltanto dopo 5-10 minuti; nel frattempo si possono contare le emazie.

Conteggio di 25 quadrati grandi (nella camera di Burker), moltiplicando il risultato per 5/4 (poichè la diluizione è stata di 4 a 1).

È assolutamente necessaria la più scrupolosa pulizia della camera di conta.

L'uso della citratazione del sangue impedisce l'aggrupparsi delle piastrine e rende così agevole la conta. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Dimostrazione di una sostanza antitiroidea, esistente nel sangue e nei tessuti.

K. J. Anselmino e F. Hoffmann (*Klin. Woch.*, n. 3, 1933) ricordano come già da varii autori sia stata sostenuta l'ipotesi che nei tessuti e nel sangue dell'organismo normale si trovi una sostanza capace di agire in senso perfettamente antagonistico all'ormone tiroideo.

Ora, a questi autori, è riuscito di isolare, dal sangue e dai varii organi, dell'animale e dell'uomo, una sostanza la cui azione antitiroidea è facilmente dimostrata dall'influenza depressiva che esercita sul metabolismo basale.

Questa sostanza è particolarmente abbondante nel sangue del feto, diminuisce in quello dell'individuo adulto e si fa scarsissima nelle varie forme di ipertireosi e nella gravidanza.

La possibilità di isolare e di titolare codesta sostanza apre naturalmente nuove vedute alla terapia dei distiroidismi. V. SERRA.

L'efficacia dello stimolo istaminico sulla secrezione gastrica.

J. de Jong (*Klin. Wochenschrift*, 27 maggio 1933) ha notato che in un caso di cosidetta « achilia assoluta », la quantità di acidi liberi e di acidità totale era trascurabile dopo l'iniezione di 1 mg. di istamina seguita all'ingestione di 300 gr. di thè; il massimo di essi invece fu raggiunto 5 ore dopo un pasto di prova, importando rispettivamente 10 e 43; tali valori si accentuavano ben poco dopo l'iniezione di istamina. L'A. ha voluto confrontare l'effetto eccito-secretorio dell'istamina e del pasto di prova in altri tre casi ed ha potuto vedere che l'azione di quest'ultimo era sempre di gran lunga superiore.

È bensì vero che l'osservazione di quattro casi non autorizza alla formulazione di conclusioni generali; però i casi riportati dimostrano in modo eloquente che l'assenza di reazione gastrica all'istamina non è sufficiente per affermare l'esistenza di « achilia assoluta ».

Va notato che in tutti i casi la reazione generale all'istamina era piuttosto intensa.

S. MINZ.

Ricerche sulle sostanze attive della curcuma e il loro influsso sulla funzione del fegato e delle vie biliari.

H. Kalk e K. Nissen (*Deut. Med. Woch.*, n. 44, 28 ottobre 1932), hanno intrapreso ricerche sulla sostanza attiva della curcuma domestica, provando varie frazioni, contenenti in parte l'estratto totale, in parte i soli olii eterei, e in parte i soli componenti idrosolubili della droga.

Si è in tal modo confermata la sua già conosciuta e straordinariamente energica azione coleretica, dimostrandola sia negli animali da laboratorio, sia nell'uomo, per mezzo della sonda duodenale.

Tale azione è poi apparsa legata non solo all'olio etereo, ma, in maniera anche più netta, alle porzioni idrosolubili.

Per l'impiego terapeutico pratico dei preparati di curcuma ne consegue dunque che possono essere bene utilizzati anche quelli contenenti l'estratto globale della droga.

In commercio trovansi già dei preparati si-

mili, i quali si sono dimostrati clinicamente attivi nell'ittero catarrale e nelle colecistopatie.

M. FABERI.

Rilievi clinici e ricerche sul ricambio organico nella spondilosi rizomelica.

Nello stato di incertezza e, sotto molti aspetti, di oscurità in cui tuttora ci troviamo nei riguardi della conoscenza etiologica e patogenetica della spondilosi rizomelica, indubbiamente il renderne noti nuovi casi, accuratamente studiati, può portare ad un progresso, nella penetrazione degli importanti problemi ancora insoluti, che concernono questa malattia.

Per tale ragione L. Crosetti (*L'Ospedale Maggiore*, luglio 1932) ne pubblica due casi, in due uomini di 37 anni, che presentano alcune peculiarità, che egli illustra ampiamente, richiamando in modo speciale l'attenzione su alcune modificazioni del ricambio dei carboidrati, sul tasso calcemico, secondo l'A. stesso relativamente alto, su alcune note del quadro ematico e su un aumento della velocità di sedimentazione degli eritrociti. Le modificazioni osservate, perchè loro si possa attribuire un significato nel complesso quadro morboso, dovranno evidentemente (secondo l'A. stesso) essere confermate su una più numerosa casistica.

M. COPPO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Trasmissibilità dei postumi dell'encefalite letargica. — Al dott. G. M., Savona:

Non sono stati pubblicati studî sulla trasmissibilità dei postumi della encefalite letargica.

In linea teorica una tale possibilità si dovrebbe escludere.

I postumi post-encefalitici sono in relazione a lesioni residue di processi infettivi spenti. Esclusa la trasmissione della infezione originaria, è a ritenere che non possa verificarsi la ereditarietà di fatti anatomo-patologici consolidati. È noto come sia estremamente difficile la trasmissione dei caratteri acquisiti.

Le analogie confermerebbero una tale veduta. Gli individui affetti da postumi di poliomielite non trasmettono alla prole le paralisi di cui soffrono, e neppure una tendenza a contrarre la poliomielite.

Nè sono applicabili all'argomento in quistione alcuni dati sperimentali. Gli animali con gravi lesioni traumatiche della corteccia cerebrale possono trasmettere alla prole una tendenza epilettogena. Ma questi dati non hanno trovato riscontro, per lo meno sicuro, nella clinica. D'altra parte i postumi dell'encefalite letargica interessano il sistema extrapiramidale e solo eccezionalmente la corteccia.

DRAGOTTI.

VARIA.

I pericoli dei bagni di sole.

Il modo inconsiderato con cui molta gente, nella stagione estiva, si espone all'azione dei raggi solari specialmente al mare può essere causa di disturbi vari che ogni medico ha facilmente occasione d'osservare: oltre alle lesioni cutanee, di cui la guarigione può protrarsi a lungo, si hanno anche disturbi generali, particolarmente stati febbrili anche violenti ed, in qualche caso, è possibile il risveglio di processi tubercolari sopiti.

Un caso con sequele abbastanza gravi è citato da A. Urquhart (*British med. Journ.*, 22 luglio 1933) di un giovane di 21 anni, robusto che aveva passato una giornata al mare, sulle coste del Galles, con temperatura di circa 40°, alternando i bagni di mare con quelli di sole a cui si era esposto del tutto nudo. Individuo di pelle bruna e di agevole pigmentazione, durante la stagione non aveva avuto possibilità di esporsi ancora al sole; in quella giornata, si era, come al solito, unta la pelle con olio di oliva.

Il giorno dopo, presentava due immense vesciche, l'una posteriormente, dall'angolo della scapola alle natiche, l'altra anteriormente dal capezzolo alla metà di una linea fra l'ombelico e la sinfisi pubica. Il resto della pelle era acutamente eritematoso, con delle piccole vesciche, qua e là. Condizioni generali buone, temperatura a 37°,1.

Il giorno seguente, le condizioni peggiorarono: temperatura a forti oscillazioni, inquietudine ed incoerenza. Al sesto giorno, ematemesi e segni evidenti di setticemia. Al decimo giorno, si manifestò un ascesso alla natica destra, da stafilococchi. In seguito, le condizioni andarono lentamente migliorando fino alla guarigione che si ebbe dopo un altro mese. Come cura, l'A. adottò le polverizzazioni di una soluzione di acido tannico e la cura generale della setticemia.

Nel caso in esame, è da rilevare l'assenza di ogni fenomeno di un vero colpo di sole. Per quanto riguarda l'ematemesi, è da ricordarsi che essa è stata osservata in casi di ustioni estese, per assorbimento di prodotti settici derivante dall'estesa distruzione dei tessuti.

La profilassi è ovvia: rifuggire dalle pazzie di esporsi al sole senza criterio. L'ungersi con olio di oliva (nelle nostre spiagge si usa quello di cocco, che non ha nessuna azione specifica) ritarda la comparsa di eritema e rende la successiva desquamazione meno forte, ma ha efficacia limitata per la prevenzione di lesioni negli strati più profondi della pelle. L'A. consiglia di spalmarsi la pelle con lanolina a cui si sia aggiunto un colore che dia la tinta del mogano e di prendere 3 volte al giorno, per 2-3 giorni, 10-15 centigrammi di bicloridrato di chinina, metodo che permette una protezione relativa.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Presso il Ministero dell'Interno si è riunito, nei giorni 27-29 luglio, in sessione generale, il Consiglio superiore di sanità, recentemente ricostituito pel triennio 1933-1935, sotto la presidenza dell'Accademico prof. De Blasi e del vice presidente prof. Frugoni.

Ha assistito allo svolgimento dei lavori il Sottosegretario all'Interno, on. Buffarini, al quale il presidente prof. De Blasi ha rivolto preghiera di rendersi interprete presso il Capo del Governo e Duce del Fascismo dei sentimenti di devozione e di riconoscenza dell'intero Consiglio per l'efficace impulso dato, attraverso il suo personale appassionato interessamento, allo studio e all'attuazione delle provvidenze dirette a tutelare e ad assicurare la salute pubblica.

I lavori del Consiglio si sono iniziati con la relazione del direttore generale della Sanità pubblica, gr. uff. Basile, sulle condizioni sanitarie del Paese, sui provvedimenti adottati nel 1932 e su quelli in preparazione.

La Relazione, che sarà prossimamente resa pubblica, ha dato luogo ad una importante discussione intorno alle condizioni sanitarie del Regno, sulle istituzioni d'assistenza e profilassi che il Fascismo va sviluppando con criteri organici, nonchè su altri importantissimi oggetti.

Sono stati, così, esaminati: l'organizzazione della lotta contro l'infezione tifoidea, che si è riconosciuta ormai quasi debellata nelle città, ma richiede ancora una larga serie di misure nelle campagne; un vasto piano di difesa sanitaria contro la malaria, anche in vista dell'addensamento di mano d'opera per le bonifiche; alcune importanti questioni relative all'organizzazione antitubercolare, che il Governo cura con speciale interesse e con crescente successo, e in cui si è rilevata la necessità di sviluppare l'assicurazione contro la tubercolosi; l'organizzazione della lotta contro l'infezione da febbre mediterranea, per cui sono in corso ricerche ed accertamenti presso tutti i servizi sanitari della periferia.

I lavori si sono conclusi con la formulazione di direttive di massima sui singoli problemi trattati.

Sono stati esaminati, inoltre, numerosi affari relativi a ricorsi disciplinari, acque minerali e stabilimenti termali, pensioni privilegiate e domande per privative industriali interessanti l'igiene e la sanità pubblica.

Al termine dei lavori, il Sottosegretario all'Interno ha espresso la sua viva soddisfazione per la elevata discussione, cui hanno dato luogo gli argomenti trattati, e per l'alto spirito che fa del Consiglio Superiore di sanità un idoneo efficace strumento, del quale il Duce e il Regime possono valersi appieno nell'opera indefessa che vanno svolgendo a tutela della sanità fisica e morale della stirpe.

Per il nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica la legge 6 luglio 1933 concernente il conferimento al Governo del Re di speciali poteri per la emanazione del nuovo testo unico delle leggi sanitarie:

Articolo unico. — Il Governo del Re è autorizzato, sentito il Consiglio di Stato, a coordinare e riunire in testo unico le disposizioni di legge emanate in materia sanitaria, con facoltà di modificarle e di integrarle, anche in relazione al nuovo ordinamento amministrativo delle Provincie e dei Comuni ed alle disposizioni del nuovo Codice penale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALAGNA (*Pavia*). — Scad. 31 ag.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

BENEVENTO. *Amministrazione Provinciale del Sannio.* — Per titoli. Posto di Direttore del Brefotrofio Provinciale, scadenza 30 ottobre 1933, ore 12. Periodo prova anni 2 con disdetta 3 mesi prima. Stipendio annuo L. 6.000 al lordo ritenute di legge e riduzione 12 %. Età minima anni 21, massima 35, salvo eccezioni legge. Domanda stesa su carta bollo L. 3; dovrà essere corredata, oltre prescritti documenti rito dai seguenti: *a*) diploma in originale o copia notarile di Laurea in medicina e chirurgia rilasciata da una delle Università del Regno: coloro che abbiano conseguita laurea posteriormente 31 dicembre 1924 o, posteriormente 31 dicembre 1925, dovranno presentare certificato d'aver superato esame Stato per abilitazione professionale; *b*) diploma specialista in pediatria oppure riconoscimento di tale qualità a norma R. D. 29 agosto 1929, n. 1823; *c*) certificato iscrizione Ordine Medici anno in corso; *d*) tessera o certificato iscrizione, anno in corso, al P. N. F. rilasciato Federazione Fasci Combattimento domicilio concorrente; *e*) quietanza Cassiere Provinciale (Banca Sannitica) L. 50 tassa concorso. Certificato od estratto nascita, certificato penale generale e cittadinanza dovranno essere di data non anteriore a quella del presente avviso. Concorrenti potranno esibire tutti quei documenti utili di cui sono in possesso agli effetti graduatoria (pubblicazioni, monografie, certificati servizi prestati, ecc.). Assunzione servizio entro 30 giorni data partecipazione nomina sotto pena decadenza. Nominato ha obbligo residenza Benevento. Chiarimenti alla Segreteria Generale Amministrazione Provinciale. Benevento, 1° agosto 1933.

CARIFE (*Avellino*). — Scad. 31 ag.; L. 6500 e 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35-45 a.; tassa L. 50.

CASTELMORRONE (*Napoli*). — Proroga al 31 agosto; L. 9500 lorde del 12 %, 3 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi; accettaz. entro 10 gg.

FORMELLO (*Roma*). — Scad. 30 sett.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., L. 804 uff. san., L. 2112 c.-v., L. 1672 arm. farm., addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

JOLANDA DI SAVOIA (*Ferrara*). — Al 20 agosto, ore 18; 2ª condotta; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre assegno L. 3000, trasp. L. 1200, riduz. 12 %; età limite 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 27 giugno.

LESSOLO (*Aosta*). — Per titoli. Condotta medica pel Consorzio Lessolo-Fiorano, con residenza in Lessolo. Stipendio iniziale L. 9000 con dieci aumenti biennali del ventesimo. Indennità trasporto

L. 500 per bicicletta. Caro viveri di legge. Scadenza ore 16 del 15 ottobre 1933. Per informazioni e schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Lessolo.

MONTALE (*Pistoia*). — Scad. 20 ott.; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre L. 500 uff. san., L. 2000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

MORTEGLIANO (*Udine*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., c.-v.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Scad. 31 ag.; assistente effettivo di chir.; L. 5000 e 2 bienni dec.; riduz. 12 %; stanza; medaglie L. 30; età lim. 33 a.; tassa L. 50,10.

PALERMO. *Associazione contro la Tubercolosi*. — Scad. 30 sett., ore 12; 2 medici capi-reparti nel Sanatorio Popolare « V. Cervello »; titoli ed esami; nomina e conferme quadriennali; L. 12.000 ridotte del 12 % e 4 quadrienni dec.; vitto durante le ore di servizio. Rivolgersi alla Segreteria, via Divisi 93; età lim. 40 a. al 24 luglio; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10; 2 anni di tirocinio in istituzioni antitubercolari o presso istituti universitari od ospedalieri. Chiedere annunzio.

ROCCARAIUOLA (*Napoli*). — Scad. 10 sett.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

RODIGO (*Mantova*). — Scad. 30 sett.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni di L. 1000, c.-v., se uff. san. L. 800, automob. obbligat. L. 2500; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

ROMA. *Ministero delle Colonie*. — Proroga a tutto il 31 agosto per la presentazione delle domande di concorso ai posti di sanitario nell'Ospedale Vitt. Em. III in Tripoli; alla stessa data è prorogato il compimento dei dieci anni di laurea richiesti.

RUTIGLIANO (*Bari*). — Scad. 19 ag.; L. 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; riduz. 12 %.

S. PAOLO MATESE (*Matera*). — Scad. 10 ott.; lire 3000 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.

SANVALENTINO IN ABRUZZO CITERIORE (*Pescara*). — Scad. 3 mesi dal 21 lug.; per l'Aggregato di Roccamorice; L. 8712 ridotte del 12 % e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc., L. 440 nette se uff. san.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10.

SCIACCA (*Agrigento*). — Scad. 21 sett.; chirurgo primario degli Ospedali civili alle dipendenze della Congregaz. di Carità; L. 12.000 e 4 quadrienni dec., oltre 50 e 65 % partecipaz., indennità trasloco per il nominato e sua famiglia; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi alla Segreteria della Congregaz. di Carità.

TOMBA (*Pesaro*). — Scad. 20 sett.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; addizionale L. 2 oltre i 500 pov. e L. 3 oltre i 1000; per cavalc. L. 3000; c.-v.

TOLLO (*Chieti*). — Per titoli, posto di medico-chirurgo. Stipendio L. 9000 per i primi 500 poveri; con aumento di un decimo allo scadere di ogni quadriennio di effettivo servizio e per cinque quadrienni. Compenso di L. 5 per ogni povero in più dei primi 500. Per l'eventuale incarico di ufficiale sanitario assegno annuo L. 500. Indennità annua di L. 1500 per mezzo di trasporto. Stipendio e assegni sono al lordo delle trattenute di legge e saranno diminuiti del 12 %. Domanda e documenti, l'elenco dei quali con tutte le relative formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria stessa entro il 20 settembre 1933.

TRAPANI. *Ospedale Psichiatrico Prov*. — Scad. 31 agosto; due medici di Sezione e due medici assistenti; stipendi L. 12.600 e 11.000; serv. att. lire 3500 e 2800, c.-v., ecc.; riduz. 12 %; età lim. anni 45 e 40; tassa L. 50,10.

VERONA. *Amministrazione Provinciale*. — La scadenza del concorso ad assistente della Sezione medico-micrograf. del Laboratorio Prov. di Igiene e Profilassi, è prorogata al 31 ottobre.

VILLOBRA (*Treviso*). — Scad. 15 ott. Rivolgersi segret. comun.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. P. Verga, straordinario di anatomia patologica nella R. Università di Perugia, è stato, con votazione unanime di Facoltà, chiamato a coprire la cattedra della stessa disciplina nella Regia Università di Napoli, rimasta vacante per la morte del prof. G. Pianese. Il Verga, allievo del Guizzetti, ha una salda preparazione scientifica e didattica; riuscì primo della terna nell'ultimo concorso di anatomia patologica; è decorato di due medaglie al valore militare. Le nostre congratulazioni per l'attuale ascesa.

Il ten. gen. medico Alfonso Falso è nominato ispettore generale e direttore centrale della Sanità militare marittima.

Il dott. Giovanni Mengano è risultato, per concorso, direttore del Laboratorio provinciale medico-micrografico di Brindisi.

Il prof. Umberto Calamida, direttore della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Milano, è nominato, *motu proprio* di S. M. il Re, commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Catania:

Chiusura dell'anno Accademico alla Società Medico-Chirurgica di Catania.

Colla seduta del 22 luglio, la fiorente Società Medico-Chirurgica di Catania ha chiuso i suoi lavori per l'anno accademico 1932-33, che è stato il suo primo anno di vita.

Dopo lo svolgimento dell'ordine del giorno, costituito unicamente di comunicazioni riguardanti lo studio delle brucellosi — a cui il prof. G. Di Guglielmo e la sua Scuola hanno apportato ed apportano pregevolissimi contributi — il presidente prof. F. A. Foderà ha riassunto l'attività scientifica della Società nell'anno 1932-33.

Tale attività è stata superiore alle aspettative più rosee: da marzo a luglio 1933 sono state svolte, in dieci sedute, oltre 70 comunicazioni, che formano il contenuto di un volume di più di 700 pagine, con circa 50 tavole fuori testo.

Inoltre, sono stati raccolti in due fascicoli separati, a cura della C. E. Vincenzo Muglia di Catania, gli studi riguardanti la Leishmaniosi viscerale del mediterraneo (8 lavori, circa 200 pagine, con 7 tavole in nero e a colori), e quelli attinenti ai diversi problemi della brucellosi (16 comunicazioni, circa 150 pagine, 2 tavole in nero e a colori, in corso di stampa).

Infine l'on. prof. Muscatello, a nome di tutti i soci, ha proposto un voto di plauso al Consiglio direttivo della Società che, in così breve tempo e in mezzo a tante difficoltà, ha saputo assicurare così solide basi ad un istituto che è palestra comune allo scienziato ed al medico pratico. T.

NOTIZIE DIVERSE.

2° Congresso internazionale di chirurgia ortopedica.

Si è tenuto a Londra, come avevamo annunziato, dal 19 al 22 luglio, con l'intervento dei più illustri ortopedici dell'Europa e dell'America. In rappresentanza dell'Italia erano il prof. Putti, chiamato alla vice-presidenza, il prof. Delitala, relatore sul tema « Meccanismi e movimenti articolari » e il prof. Bargellini di Torino il quale ha presentato una comunicazione sul tema « Della cura dell'artrite deformante, della coxite tubercolare e delle lussazioni dell'anca ». Erano presenti anche altri congressisti italiani.

L'assemblea ha designato l'Italia ad ospitare il futuro congresso che sarà presieduto dal professor Putti.

Congresso internazionale per il fanciullo.

Si è svolto a Parigi, dal 4 al 9 luglio, l'annunziato Congresso Internazionale per la tutela del fanciullo, alla cui inaugurazione ha presenziato il Presidente della Repubblica Albert Lebrun. Al Congresso, presieduto dal Vice Pres. del Senato, sen. Straus, erano rappresentate 39 Nazioni. Dalle interessanti relazioni sono emerse le provvidenze adottate dai vari Paesi in materia assistenziale. L'Italia ha potuto al riguardo mettere in rilievo i risultati conseguiti nell'organizzazione sociale. I nostri delegati proff. Allaria e Valagussa hanno preso parte alle discussioni nelle differenti sezioni a carattere tecnico sanitario, mentre il Consigliere di Cassazione comm. Gaetano ha parlato nella sezione giuridica.

L'Italia si è trovata in questo Congresso all'avanguardia ed i suoi rappresentanti han potuto dimostrare che molti dei deliberati espressi nelle diverse sezioni del Congresso stesso sono già realizzati da tempo per l'opera lungimirante del Governo Fascista. L'Assemblea ha designato l'Italia a sede del futuro Congresso e ciò in omaggio alle provvide leggi del Regime.

Corsi di perfezionamento.

Il V Corso internazionale di alta coltura medica della Fondazione Tomarkin si svolgerà durante i giorni 13-27 agosto a St. Moritz (Svizzera). Saranno trattati i seguenti temi: Malattie allergiche (asma bronchiale, febbre da fieno, allergia nutritiva); Affezioni del sangue (specialmente leucemia); Climatologia, fisiologia e idroterapia; Reumatismo ed artrite; Malattie del ricambio; avranno anche luogo conferenze libere.

Nel corpo insegnante troviamo i nomi di eminenti clinici e studiosi appartenenti a Università dell'Italia Settentrionale: I. Nasso, U. Carpi, D. Cesa-Bianchi, A. Ferrata, F. Micheli, F. Livini, E. Bertarelli, M. Donati, C. Foà. Altri italiani terranno conferenze libere.

La tassa d'iscrizione per il Corso, di franchi svizzeri 60, deve essere versata sul conto chèques postali della Fondazione Tomarkin, Bellinzona XI-1675 o sul conto della Fondazione Tomarkin presso la Banca della Svizzera Italiana a Locarno o personalmente presso la Segreteria della Fondazione. Per informazioni e programmi rivolgersi alla Segreteria, Casella Post. 128, Locarno, Svizzera.

Un corso internazionale di perfezionamento avrà luogo a Berlino sui risultati pratici delle ultime ricerche sulle malattie interne, organizzato dall'« Unione dei docenti per il perfezionamento medico » e dalla Facoltà di medicina, dal 2 al 14 ottobre.

Iscrizione: marchi 60. Programmi dettagliati presso l'ufficio « Dozentenvereinigung für ärztliche Fortbildung, Kaiserin Friedrich-Haus, Robert Koch-Platz 7, Berlin NW 7, Germania.

La sistemazione edilizia dell'Università di Pisa.

In dieci anni di Regime l'antico Studio Pisano (istituito con la bolla « In supremae dignitatis » da papa Clemente VI il 3 settembre 1343) ha viste coronate molte sue speranze ed esauditi auspicati voti e necessità che — prima — invano aveva chiesto di vedere appagate.

Il nuovo spirito di collaborazione, che affratella tutte le città d'Italia, permise che tra i diversi Enti delle provincie di Lucca, Livorno e Massa Carrara e Pisa fosse firmata l'8 maggio del 1930, a Palazzo Venezia in Roma, alla presenza di S. E. il Capo del Governo, una convenzione nella quale gli Enti suddetti si impegnavano a contribuire finanziariamente per la sistemazione edilizia della R. Università e degli Istituti superiori di Pisa. Il Governo fascista nello stesso anno deliberava la concessione di 21 milioni di lire da versarsi in 7 esercizi finanziari.

Con legge 18 dicembre 1930, n. 1811, venne nominata una « Commissione amministratrice dei fondi per l'assetto edilizio della R. Università e degli altri RR. Istituti Superiori di Pisa ».

Bisognava che trascorressero 7 anni, prima che l'assetto edilizio dell'Università di Pisa fosse, almeno in linea di massima, completo. Senonchè il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 26 maggio scorso, stabiliva che « i ventun milioni, destinati al rinnovamento edilizio della R. Università di Pisa, vengano versati non in sette annualità ma in cinque ». In virtù di questo provvedimento, nel 1936, anzichè nel 1938, l'assetto edilizio dell'Università di Pisa sarebbe stato completo. Di più, il 22 luglio il Consiglio dei Ministri, allo scopo di affrettare l'esecuzione dei lavori iniziati, ha approvato un provvedimento in virtù del quale sarebbero state anticipate le tre ultime rate del contributo governativo, a favore della sistemazione edilizia dell'Università di Pisa.

Così, per opera fascista, l'antico studio di Galileo e di Pacinotti, ove il Redi, il Carducci, il Giusti ed altri molti che onorarono la Patria furono studenti, continua con intensità e potenzialità maggiore la sua alta missione educatrice, di cultura e di civiltà.

Per l'assetto edilizio dell'Università fiorentina.

Si è adunato, presso il Rettorato della R. Università di Firenze, per un primo scambio di idee, il Consiglio di presidenza del Consorzio per l'assetto edilizio della Facoltà medica della R. Università di Firenze. Il Consiglio ha effettuato un sopraluogo a Careggi, ed ha visitato le località dove dovranno sorgere gli Istituti clinici e biologici della Facoltà medica. Il Consiglio ha poi preso in esame ed approvato lo sviluppo planimetrico degli edifici. Quindi, in una seduta tenutasi nei locali del Rettorato, il Consiglio stesso ha preso in esame i progetti già pronti per la Clinica di patologia medica, l'Istituto di farmacologia e quello di fisiologia, i quali saranno sottoposti al-

l'esame e all'approvazione dei competenti Ministeri, onde poter quanto prima iniziare i lavori. In linea di massima il Consiglio ha deliberato poi, per quanto riguarda gli altri Istituti e le Cliniche, di indire appositi concorsi per i progetti di essi. Sono state quindi gettate le basi della creazione dell'ufficio tecnico e dell'ufficio amministrativo del Consorzio stesso. Al termine della riunione è stato inviato un telegramma al Capo del Governo.

Istituto del radium a Bogotá.

Il presidente della Repubblica di Colombia ha nominato un Comitato, affinchè studî la possibilità di fondare un Istituto nazionale del radium, previsto da una legge del 1928.

L'Istituto comprenderà, tra l'altro, una sezione di anatomia e istologia patologica e un laboratorio per i raggi X; sarà affiliato all'Istituto del radium di Parigi.

Il presidente dichiarò che il Governo Nazionale è pronto ad apprestare i fondi necessari e chiese la cooperazione dei ministeri delle finanze e dei lavori pubblici e quella della Giunta Generale della Beneficenza.

Strane vicende giudiziarie.

Uno studente di medicina di Montpellier, J.-R. Guenoun, di 32 anni, il 23 marzo 1932 s'installava in un paese, Graissessac (dipartimento dell'Hérault), facendosi assumere quale medico da una mutua di operai minatori. Non aveva ancora superato la tesi di dottorato e quindi non aveva diritto ad esercitare. Il dott. J. Fabre, dello stesso paese, sessantenne, lo denunziò. Il 12 giugno venne intimato al Guenoun di cessare il suo esercizio illegale; ma il 24 giugno egli conseguiva il diploma e poteva riassumere la propria attività. Tradotto innanzi il Tribunale correzionale di Béziers, fu condannato a 50 franchi d'ammenda, nonchè ad 1 franco di danni-interessi a favore del dott. Fabre.

Poco dopo egli apprese che il Fabre, costretto ad assentarsi dal 5 agosto al 3 settembre 1932, si era fatto sostituire da uno studente in medicina, R. Carrazo, 27enne, pure di Montpellier. A sua volta denunziava il fatto. Il Tribunale correzionale di Béziers non ebbe ad occuparsi della denunzia, essendo sopravvenuta un'amnistia. La Corte d'Appello di Montpellier ha ora rigettato un appello, per difetto di forma.

Un medico campione sportivo.

Il medico irlandese dott. O' Callagham è un valoroso sportivo. Alle gare internazionali di Amsterdam e di Los Angeles, vinse il campionato olimpionico del lancio del giavellotto; l'anno scorso conquistò il campionato irlandese di salto in altezza, con m. 1,88, del lancio del disco, con m. 14,83 e, s'intende, quello del lancio del giavellotto; inoltre coprì 100 m. in piano in 11' 2/5, 110 m. ad ostacoli in 15'' 2/3 e saltò m. 3,75 alla pertica e m. 6,70 in lunghezza. Ora ha conquistato un nuovo campionato: quello nazionale irlandese di pugilato pesi massimi.

Dilettantismo di medici.

L'ultima seduta della Società medica degli Allegheny, tenutasi a Pittsburg il 20 giugno, fu caratterizzata dalla mostra di opere d'arte e di collezioni varie eseguite da medici. Oltre a quadri, sculture, intarsi, incisioni ecc., figuravano mostre di fotografie, rilegature artistiche, vetri antichi, farfalle, bastoni da passeggio, minerali, legni pietrificati, libri rari ecc.

Vennero fatte anche alcune conferenze varie; il prof. R. J. Fergusson, di storia della medicina, trattò il tema: « Contributo del medico allo sviluppo sociale e culturale ».

Un po' dovunque.

La Società Piemontese di Chirurgia ha tenuto delle adunanze i giorni 11 e 25 marzo e 8 aprile, presiedute dai proff. Uffreduzzi e Bobbio. Furono fatte comunicazioni da F. Placco, E. Lugaro e O. Uffreduzzi, L. Stropeni, Turco, U. Camera, G. Villata, D. Giordano, P. Bastai e G. Dogliotti, A. Malan, L. Caporali.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata i giorni 25 aprile, 9 maggio e 6 giugno, sotto la presidenza del prof. U. Baratozzi, assistito dal segretario dott. P. Sala. Furono fatte comunicazioni da: G. Pittani, C. Rossetti, B. Spagnoli, A. Pignatti, V. Lanzani, G. Dossena, A. Magrassi.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 28 giugno, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris; furono fatte comunicazioni dai dottori prof. Opocher, Rossi, prof. Brisotto e Marcer.

La Sezione Pavese della Società Italiana di Biologia Sperimentale ha tenuto una serie di adunanze contemporanee a quelle della Società medico-chirurgica di Pavia, presiedute dal prof. A. Monti.

Il Capo del Governo ha collocato nell'Agro Pontino la prima pietra del nuovo comune rurale di Sabaudia, che documenta la vittoriosa avanzata della redenzione della terra, per opera del Fascismo.

L'on. N. Castellino, ispettore del Partito per le Colonie estive, ha inaugurato, in rappresentanza dell'on. Starace, la colonia montana di Savignone (Genova), costruzione che comprende due ali a tre piani ed una torre centrale; è sorta per volere della Federaz. provinciale fascista di Genova.

Il 5 luglio è stato insediato dal Prefetto Albini il Consorzio della provincia di Palermo per lo studio e la lotta contro il cancro ed ha súbito iniziato i suoi lavori.

Il 15 giugno venne celebrato a Berlino il 50° anniversario delle leggi sulle assicurazioni sociali. Gli assicurati ora sono 19 milioni.

Con decreto del Potere esecutivo della Repubblica Argentina è costituita una Commissione tecnica incaricata di studiare il clima e le acque termali e minerali del Paese, dal punto di vista terapeutico.

Il 2 agosto è stata fondata la nuova università di Istambul. La maggior parte delle cattedre è stata riservata a eminenti professori stranieri. La nuova università comprende una facoltà di medicina.

A Lilla è stata deposta, dall'ex-ministro francese della sanità Justin Godart, la prima pietra dell'Istituto di medicina legale e di medicina sociale.

Il 14 luglio — festa nazionale francese — venne inaugurato il grandioso ospedale della Grange-Blanche di Lione; alcuni reparti cominceranno a funzionare durante l'anno. Sorge ad est della città; occupa un'area di 17 ettari; comprende 22 padiglioni, di cui 13 con cliniche universitarie; sarà capace di 1544 letti. La « città medica » lionese viene così ad assumere il suo pieno sviluppo.

Alla Maternità di Santiago del Cile sono annesse una Clinica prenatale ed una Clinica di puericultura; nel 1932 esse prestarono assistenza rispettivamente a 530 gestanti ed a 349 bambini.

Il sig. Annibale Battistella ha elargito, all'Ospedale Umberto I di Venezia, la somma di lire 10.000, per onorare la memoria dei suoi genitori.

Nell'aula magna del « Dental Hospital » di Edimburgo, dinanzi a numeroso pubblico internazionale di stomatologi e odontologi, l'on. prof. Amedeo Perna ha tenuto una conferenza, con proiezioni, sui metodi più sicuri e rapidi di risanamento e di prevenzione delle infermità della bocca, dimostrando l'intimo rapporto tra tali malattie e le malattie generali.

All'« Unione cattolica dei servizi sanitari e sociali della Francia, adunatasi il 29 giugno in Parigi, l'on. dott. Nast trattò il tema: « Psicologia dell'uomo che diviene cieco; una prova vissuta ».

Il 2 luglio è stato commemorato a Bruxelles il dott. Ovidio Decroly, che consacrò la sua vita all'educazione dell'infanzia anormale.

Il numero dei medici laureati o autorizzati ad esercitare nel Perù dalla Facoltà medica di San Marco, ascendeva nel 1932 a 1024, ossia 1 ogni 3001 abitanti. A Lima e Callao ne erano concentrati circa 500, ossia 1 ogni 681 abitanti; nel restante del Paese la proporzione si riduceva a 1 ogni 5215 abitanti.

Il decano della Facoltà medica dell'Università di Liverpool ha informato l'Associazione Medica Americana che non vi sono più posti disponibili per studenti stranieri. Ha anche stabilito di limitare il numero degli studenti inglesi.

È stato festeggiato a Lovanio (Belgio) il 25° anniversario professionale del clinico oculista Van der Straeten, cui è stata consegnata una medaglia.

Il dott. L. Emelyk, di Hay-les-Roses (Francia), in compenso di cure prestate, aveva ricevuto una cambiale di 3260 franchi da una signora Lévy. Una cugina di questa, recatasi a trovarlo, si offrì di pagare il debito. Invece gli strappò di mano la cambiale e, masticatala, la ingoiò; poi aggredì il medico, afferrandolo per i capelli. Il Tribunale della Senna ha mandato assolta la terribile signora, perchè la distruzione di una cambiale non costituisce reato e perchè, nei riguardi della violenza, è intervenuta un'amnistia.

È morto il prof. Edouard Quénu che dal 1890 al 1905 fu direttore della scuola anatomica degli ospedali di Parigi e poi professore di clinica chirurgica nella Facoltà medica di questa città e redattore capo della « Revue de Chirurgie »; era nato nel 1852.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 27 mag. — H. BORDIER e al. Diatermia.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., giu. — W. MOLLOW, W. JUNGE. L'atebrin nella malaria.

Practitioner, giu. — Numero sulle cardiopatie.

Bull. Ac. de Méd., 23 mag. — LEVADITI. Localizzazioni nervose del virus linfogranulomatoso. — M. LABBÉ e al. La vitamina B nel trattam. del diabete. — P. P. LÉVY. Profilassi degli accidenti da siero con efedrina.

Mediz. Welt, 3 giu. — J. LANGE. Criminalità ed eugenica. — A. LAQUEUR e R. REMZI. Le onde corte in terapia. — H. SCHLECHT. Cambiamenti nei princìpi direttivi della dietetica.

Mediz. Klinik, 2 giu. — Numero sulla tbc.

Paris Méd., 3 giu. — Numero sulle malattie infettive.

Rif. Med., 27 mag. — C. BRUNI. La litotrisia moderna. — G. ANDO-GIANOTTI e C. RIVOLTA. Glicemia durante l'azione di sostanze fotodinamiche. — L. SIVORI. Immunizzaz. mista attiva e passiva per via gastrica.

Presse Méd., 3 giu. — M. CHIRAY e J. BAUMANN. L'intossicaz. d'orig. intestinale.

Brit. Med. Journ., 3 giu. — A. DINGWELL FORDYCE. Problemi pratici in pediatria.

Jornal dos Clínicos, 15 apr. — G. BILANCIONI. La sordità congenita. — 30 apr. P. SALGADO. Eziopatogenesi del reumatismo.

Rev. Med.-Cir. do Brasil, feb. — H. PORTUGAL. Classificaz. delle micosi cutanee.

Bruxelles-Méd., 4 giu. — L. MAYER. Cure pre- e post-operatorie.

Arch. di Pat. e Cl. Med., apr. — G. BAGNARESI. Azione dinamico specifica e ricambio intermedio negli epato-pazienti. — L. LEVI. Sindromi associate acrocianotiche ed acromegaliche.

Acta Rheumatol., mag. — F. MAGRASSI. Reumatismo infettivo sperimentale e infezione streptococcica focale.

Klin. Woch., 3 giu. — F. ROSENTHAL e P. UNNA. Il morbo di Osler. — F. LUCE. Nutrizione e stato di salute dei disoccupati.

Giorn. di Med. Mil., mag. — PERRIER. Traumi e sindromi parkinsoniane.

Deut. Med. Woch., 2 giu. — BRAUN. Basi scientifiche della collassoterapia polm. — E. BRIEGER. La crisi sanatoriale.

Ann. di Ostetr. e Gin., 31 mag. — F. VOZZA. Elettrometrogramma. — S. ZOCCHI. Gravidanza prolungata.

Arch. Méd.-Chir. App. Resp., 2. — F. PARODI. Il riposo polmonare nella realizzazione pratica. — H. FATH e H. J. A. JASIENSKI. Silicosi e silicosi-tubercolosi del polmone. — R. LESSARD. Dita ippocratiche e suppuraz. polm.

Riv. di Pat. e Cl. d. Tub., 31 mag. — C. NINNI. La prova biologica della tbc. per inoculaz. nelle gland. linfat. cervicali della cavia. — S. CACCURI. L'aminoacidemia nella tbc. polm.

Forze San., 14 mag. — D. FALLERONI. Bonifica dell'Agro Pontino e zooprofilassi.

Revue neurol., mag. — A. AUSTREGESILO. Il tono paradossale.

Brit. Med. Journ., 10 giu. — A. L. HOOPS. Cura della malaria con atebrin. — M. SCWARTZ. Cura della malaria con plasmochina e chinina.

Lancet, 10 giu. — E. R. FINT. Trattam. pre-operatorio. — R. J. MCNEIL. Trattam. dell'appendicite acuta.

Amer. Journ. Med. Sc., giu. — J. H. ARNETT e L. M. ENNIS. Malattie dentarie e malattie generali. — C. HOLTEN. La funzione renale nelle nefriti acute. — F. N. ALLAN e al. Insulinoresistenza dovuta a diabete.

Münch. Med. Woch., 9 giu. — E. ROMINGER e H. MEYER. Il ricambio minerale nel lattante. — G. STERTZ. L'epilessia genuina.

Deut. Med. Woch., 9 giu. — PETTE. Terapia della poliomielite. — GILDEMEISTER. Coltivaz. del virus poliomielitico in mezzo artificiale. — ADRION. La paradentosi.

Presse Méd., 7 giu. — E. JOLTRAIN. L'emozione, fattore di squilibrio umorale.

Arch. Internal Med., mag. — W. P. MURPHY. Trattam. dell'anemia secondaria. — J. K. MOEN e H. A. REIMANN. Immunoreazioni nel diabete. — J. A. KOLMER. Disinfezione e immunizzazione bronchiale.

Surg., Gyn. a. Obst., giu. — J. WALTON. Ulcera peptica artificiale nell'uomo. — W. F. MENGERT. Rapporto tra metabolismo materno e peso del neonato.

Bull. Ac. de Méd., 30 mag. — LIGNIÈRES. La vaccinaz. contro i virus filtranti.

Clin. Chir., mag. — D. TADDEI. Trattam. di una stenosi cicatriziale insuperabile dello stomaco. — L. MORICONI. Tumori epiteliali benigni dello stomaco.

Journ. A. M. A., 27 mag. — B. B. CROHN e J. GERENDASY. Ulcera traumatica del duodeno e dello stomaco. — N. A. DAVID. Trattam. dell'amebiasi con vioformio. — T. V. WILLIANSON. Azione della fuadina sul granuloma inguinale.

Riv. San. Sic., 15 mag. — L. LOMBROSO. Scopi e limiti della vivisezione.

Wien. Klin. Woch., 9 giu. — WAGNER-JAUREGG. I limiti di pericolosità della malaria terapeutica. — KUMER. Eziologia della stomatite aftosa.

Indian Journ. Med. Res., apr. — R. RAO. Il rosa Bengala nell'esame funzionale del fegato. — I. N. ASHESHOV e al. Studi sul batteriofago del colera. — K. V. VENKATARAMAN. Fissaz. del complem. nel vaiolo. — R. R. LLOYD e S. N. CHANDRA. Fissaz. del complem. nella filariasi.

Radiol. Med., giu. — M. LUPO. Un segno radiologico della colite da ameba istolitica. — G. G. PALMIERI. Sulla radioterapia dei tumori.

Presse Méd., 10 giu. — H. VIGNES. I disturbi della menopausa

Rev. Sc. Méd., gennaio. — F. LEFÈBVRE. Iperglicemia post-operatoria.

Rev. de Chir., giu. — H. GERMAIN. Terapia dell'infezione generale da streptococchi.

Nutrition, 2. — Numero sul fegato e sulle cure antiluetiche.

Ann. de Méd., mag. — J. REILLY. L'immunità antitifica. — G. LAURÈS. Colecistite primitiva litogena melitense.

Med. Klinik, 9 giu. — J. KÜLBS. La debolezza acuta della circolazione. — B. LEICHTENTRITH. Importanza delle tonsille e delle vegetazioni adenoidi per lo sviluppo del fanciullo.

Riforma Med., 3 giu. — G. LAMI. Fattore centrale nella fisiopatogenesi delle dispnee. — G. PIERI. Innervazione sensitiva della ghiandola genitale dell'uomo. — A. DE GIORGIO. Liquor-terapia in alcune dermatosi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 21 Agosto 1933 - XI Num. 34

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

DIVISIONE CHIRURGICA
DELL'OSPEDALE G. B. MORGAGNI DI FORLÍ
diretta dal Prof. SANTE SOLIERI.

Sierosite circoscritta sottojaksoniana

per il Prof. SANTE SOLIERI.

Ho chiamato « *Sierosite circoscritta sottojaksoniana* » una disposizione anatomo-patologica da me riscontrata alla biopsia in un certo numero di operati con diagnosi di appendicite cronica o subacuta.

Ad essa ho già accennato nella mia comunicazione « Addome destro e sindrome aderenziale peritoneale » (1).

Si tratta della formazione di un versamento sieroso in una cavità chiusa foggiata come a manicotto e limitata da una parte dalle membrane di Jakson e dall'altra dal cieco e dal colon ascendente per una certa sua parte. Questo all'infuori di qualsiasi versamento libero nella cavità peritoneale, di ogni segno di tubercolosi peritoneale o cecale in atto o pregressa, di tiflite, di colite, per lo meno apprezzabili macroscopicamente. L'appendice non si vide mai essere adesa al cieco e molto meno vincolata e sottomessa alla membrana di Jakson, chè anzi fu trovata sciolta, cioè fluttuante. Quantunque l'intervento sia stato praticato sempre per diagnosi posta di appendicite subacuta o cronica, il verme alla biopsia non apparve apprezzabilmente malato, salvo in un caso (N. IV) in cui all'esame microscopico si assodò uno stato di appendicite cronica con ipertrofia follicolare. La sintomatologia invece che aveva condotto i pazienti alla nostra osservazione era stata di un attacco appendicitico di intensità media con temperatura di 37°5-37°8 e diffusione del dolore spontaneo e palpatorio in alto lungo il colon, sin verso l'angolo epatico.

Il che faceva pensare ad una eventuale posizione dell'appendice retrocecale o comunque ascendente. In nessuno dei casi però si era notato, nè si notò poi dopo l'operazione, alcu-

(1) Le Forze Sanitarie, anno II, n. 12, aprile 1933.

na turba a carico della colecisti e del piloro e duodeno.

Già altre volte, da tempo, avevo notato, operando per appendicite, una leggera falda liquida sotto le membrane di Jakson, in tali casi mobili e scorrevoli facilmente sul viscere; questo specialmente in bambini o giovanetti. Solo quando mi occorse di trovare la lesione molto accentuata per l'abbondanza del liquido ebbi nozione esatta e chiara del fatto. Per cui non escludo che altri casi siano per l'addietro passati sotto alla mia osservazione non ancora bene attenta al rilievo del fenomeno. Do con pochi cenni indicazione dei casi clinici in cui il reperto era più evidente: nella prima osservazione è descritto il semplice intervento fatto, che si è ripetuto uguale negli altri, salvo la quantità maggiore o minore di argento colloidale introdotta nella sierosa a seconda dell'età degli operati.

OSSERVAZIONE I. — F. B., di a. 30, da Castrocaro. Entra il 13-VI-1930.

Diagnosi di entrata: appendicite subacuta.

Diagnosi anatomo-patologica: appendice solo leggermente arrossata, sierosite sottojaksoniana.

Operazione 14-VI-1930: Rachianestesia. Taglio di Jalaguier, appendicectomia. Resezione delle membrane di Jakson (fuoriesce notevole quantità di liquido sieroso), toletta asciutta della regione, immissione di 20 cc. di Electrargol Clin, chiusura primaria della parete addominale.

Guarigione in 12 giorni.

OSSERVAZIONE II. — R. A., di a. 18, da Faenza. Entra il 12-II-1931.

Diagnosi di entrata: appendicite cronica riacutizzata (il paziente è da poco convalescente di un grave attacco influenzale).

Diagnosi anatomo-patologica: appendice con segni di flogosi pregressa non recente. Sierosite sottojaksoniana.

Operazione 13-II-1933: Tecnica come sopra. Alla incisione fuoriesce notevole quantità di liquido sieroso.

Guarigione in 15 giorni.

OSSERVAZIONE III. — T. I., di a. 10, da Forlì. Entra il 17-XI-1931.

Diagnosi di entrata: appendicite cronica.

Diagnosi anatomo-patologica: appendice poco alterata macroscopicamente. Sierosite sottojaksoniana.

Operazione 20-XI-1931: Tecnica come sopra. All'apertura delle membrane fuoriesce liquido sieroso in discreta quantità.

Guarigione in 14 giorni.

OSSERVAZIONE IV. — B. R., di a. 14, da Castiglione di Ravenna. Entra il 23-VI-1933.

Diagnosi di entrata: appendicite acuta.

Diagnosi anatomo-patologica: appendicite follicolare iperplastica.

Sierosite sottojaksoniana.

Operazione 26-VI-1932: Tecnica come sopra: all'apertura della membrana fuoriesce liquido sieroso abbondante.

Guarigione in 12 giorni.

OSSERVAZIONE V. — A. E., di a. 10, da Cervia. Entra il 14-VII-1932.

Diagnosi di entrata: appendicite subacuta (attacco influenzale recente).

Diagnosi anatomo-patologica: Appendice quasi normale. Sierosite sottojaksoniana.

Operazione 15-VII-1932: Tecnica come sopra. Alla apertura delle membrane fuoriesce notevole quantità di liquido sieroso torbido. Guarigione in 15 giorni.

OSSERVAZIONE VI. — C. S., di a. 30, da Cesena. Entra il 9-III-1932.

Diagnosi di entrata: Appendicite subacuta (influenza un mese avanti).

Diagnosi anatomo-patologica: appendice pressochè normale. Sierosite sottojaksoniana.

Operazione 12-II-1932: Tecnica come sopra. Discreta quantità di liquido sieroso un po' torbido fuoriesce alla incisione delle membrane.

Guarigione in 13 giorni.

L'interesse di queste osservazioni, oltre che nel reperto anatomico, sta nel quesito riferentesi alla etiologia ed alla patogenesi, che è necessario considerare l'una in relazione all'altra. Concorre un elemento congenito, cioè la presenza di membrane di Jakson estese e foggiate in tal guisa da determinare attorno al cieco ed al colon ascendente uno spazio virtuale chiuso o quasi chiuso. A tale elemento si aggiunge una causa irritativa, flogistica, capace di stimolare le proprietà che la sierosa peritoneale ha in comune con tutte le altre sierose della economia e cioè di originare aderenze e membrane e di secernere sierosità. Dalla quale proprietà può derivare in primo tempo la chiusura completa dello spazio pericecale e pericolico precostituito dalle membrane congenite di Jakson, se del tutto chiuso già non sia, e la secondaria essudazione di siero entro la cavità stessa. Il siero può farsi torbido, come ne è suscettibile ogni versamento delle sierose, quando sia invaso da elementi corpuscolari (Oss. N. V e VI). Tale concezione è facile ammettere qualora si pensi che sotto le membrane di solito la sierosa peritoneale è in condizioni normali, cioè fornita ancora del suo rivestimento endoteliale. Questo tutti gli AA. e tutti i chirurgi hanno constatato operando ed è elemento in favore della tesi che sostiene tali formazioni di origine congenita. In quanto allo stimolo irritante, che rappresenta il fattore etiologico, si comprende come debba ritenersi il più delle volte di natura bacterica, siano i germi provenuti dall'intestino, cioè dall'appendice, dal cieco, dal colon ascendente, siano giunti in sede per via ematica. Ho tentato di aspirare con una siringa liquido dallo spazio sottojaksoniano a scopo di ricerca batteriologica, ma non mi è riuscito perchè, aspirando, la membrana si accollava all'apertura dell'ago, impedendo l'aspirazione

stessa. Sta il fatto che per lo più la osservazione di sierosite sottojaksoniana occorse in periodo di epidemia influenzale (Oss. II-V e VI).

Ma non è escluso che l'agente irritante possa essere di natura tossica, essendo dimostrato clinicamente e sperimentalmente che il cieco ed il colon ascendente rappresentano talora una via di eliminazione per sostanze tossiche di origine endogena od introdotte nell'organismo *per os* o altrimenti.

Ritengo difficile, non ostante la molteplicità e la esattezza degli odierni mezzi di indagine, compresa la radiografia, individualizzare per segni clinici lo stato anatomo-patologico descritto, sì da giungere ad una diagnosi esatta. Quasi sempre si parlerà di appendicite, di tiflite o di colite. Ma è utile che il chirurgo conosca la possibilità di questo reperto per la necessità e le modalità del trattamento. Il quale può essere attuato con semplicità, come è descritto alla osservazione prima, e con esito favorevole e, credo, pure costante.

RIASSUNTO.

L'A. illustra una particolare manifestazione morbosa della sindrome aderenziale peritoneale, rilevata alla biopsia, che consiste in un versamento sieroso o siero-purulento circoscritto da membrane di Jakson in uno spazio chiuso.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Bronco-spirochetosi del Castellani e tubercolosi.

Osservazioni cliniche e radiologiche.

Dott. LUIGI RONGONI, Fermo.

La sintomatologia della « bronco-spirochetosi del Castellani » dal punto di vista clinico si può dire nella maggior parte dei casi, presenti caratteristiche che inducono spesso il medico ad esprimere un giudizio diagnostico errato e specialmente volto alla forma specifica bronco-polmonare, quando il processo morboso si estrinseca in età giovanile con ripetute lievi emoftoe, febbre modica, stato generale un po' scaduto, nonostante faccia difetto la presenza del bacillo di Koch nell'espettorato. E tale giudizio si ritiene maggiormente e fondatamente probatorio, se la persistenza spesso esasperante della sindrome subiettiva ed obiettiva, non consigli il medico accorto e diligente ad una minuta investigazione clinica e di laboratorio, atta a rilevare la vera natura del male.

La bronco-spirochetosi del Castellani è certamente confondibile con molteplici alterazioni bronco-polmonari e difficilmente diagnosticabile se non si è abituati ad una scrupolosa disamina dell'apparato respiratorio, che faccia sorgere il sospetto di lesione spirochetica e non si diriga le indagini alla ricerca microscopica dello « spironema bronchialis » responsabile della etiologia del male.

Bisogna purtroppo convenire che per speciali condizioni di ambiente e di vita scientifica in cui si è costretti ad esercitare la professione a molti medici non sono consentite le migliori risorse cliniche e di laboratorio, valevoli a dissipare dubbi e scartare ipotesi errate, e fatalmente si corre verso la diagnosi di una delle più diffuse malattie broncopolmonari — la tubercolosi —. Giudizio che costituisce una responsabilità preoccupante per le dolorose conseguenze e per le tristi ripercussioni sia sul paziente che sui famigliari. È pertanto necessario non ignorare la malattia del Castellani, e nei casi dubbi rendersi edotti di tutti gli espedienti che possono menare alla diagnosi di certezza.

Codeste riflessioni mi hanno consigliato di illustrare tre casi venuti alla mia osservazione con i più disparati giudizi diagnostici, nell'intento di portare un contributo eminentemente pratico per l'interesse che i casi stessi rappresentano dal punto di vista clinico e radiologico.

Premetto innanzi tutto che nel territorio, in cui ho potuto avere la possibilità di osservare i casi che sarò per descrivere, un Chiarissimo collega il Prof. Alberto Rezza, ha constatata la malattia del Castellani, confermata dall'esame microscopico dell'espettorato, e tuttavia confusa per qualche tempo con processi di altra natura. Codesta constatazione permette di considerare la malattia, non una rarità, come si potrebbe supporre, per le speciali modalità epidemiologiche affliggenti i paesi tropicali ove il Castellani ebbe modo di rilevarla (Ceylon 1905).

In Italia del resto non sono mancati osservatori scrupolosi i quali ci hanno appreso la esistenza della forma morbosa del Castellani, verificatasi sporadicamente in varie regioni. La casistita tuttavia è molto limitata ed è presumibile ciò dipenda dalla scarsa valutazione dei reperti di laboratorio e dalla evoluzione del male, ragioni precipue di insuccesso diagnostico.

Il quadro clinico della bronco-spirochetosi quando non si rilevino complicazioni in altri organi, che rendano maggiormente disagevole il giudizio diagnostico, presenta al suo apparire troppo scarsi elementi, facilmente riconducibili alle più semplici e banali alterazioni dell'apparato respiratorio: febbre tenuissima,

spesso assente, tosse con scarso espettorato striato di sangue, condizioni generali apparentemente buone, tali da non costituire apprensioni eccessive quando si aggiunga il risultato negativo ascoltatorio e plessico ed i dati anamnestici patologici di poca importanza o del tutto assenti; fisionomia clinica quindi da trarre in inganno e fare emettere i giudizi più discordi.

Il paziente in questo inizio del male è soltanto preoccupato dalla persistente espettorazione sanguigna, ed è affranto dal pensiero di una incipiente lesione tubercolare. In casi inveterati l'espettorato assume speciali caratteristiche: muco-purulento con tendenza alla tonalità rosso vinosa, di odore punto piacevole, facilmente confondibile del resto con espettorati di altri processi morbosi a tipo gangrenoide, bronchiti fetide, ecc.

Non è qui il caso di indugiarsi ad elencare le tante forme patologiche che danno manifestazioni simili nè porne in discussione i caratteri differenziali, poichè la maggior parte di esse offrono reperti clinici obiettivi facilmente riconducibili a processi di altra specie, che non sia la bronco-spirochetosi del Castellani.

E veniamo ai nostri malati, nei quali in un primo tempo parve ovvio riferire la sindrome morbosa ad una lesione specifica bronco-polmonare, per passare decisivamente alla diagnosi di bronco-spirochetosi a distanza di tempo, e tornare finalmente in due di essi alla vera esatta diagnosi di tubercolosi polmonare. Ci fu qualcuno anche che ammise la ipotesi di un probabile processo luetico: Wassermann negativa. (Prof. Levi della Vida).

Degli errori diagnostici è doveroso denunciare qui ragioni e colpe, allo scopo di trarne utile ammaestramento e profitto, in altre occasioni consimili, nell'avvenire.

I tre malati provengono dalla stessa famiglia e presentano una fisionomia clinica pressochè identica. I curanti sin dalle prime fasi del male furono concordi nel giudicare la affezione tubercolare, responsabile dei sintomi subiettivi ed obiettivi. La prima malata è una ragazza di 18 anni; D. F., nella quale il processo morboso mantenne per lungo tempo una sindrome a carico dell'apparato respiratorio consistente in moleste sensazioni toraciche alla respirazione, tosse con lieve espettorato muco-sanguinolento, febbre effimera serotina insorgente ad intervalli, astenia, decadimento organico.

Una esplorazione radiologica del torace, lasciava scorgere note lievi di fatti bronchiali e peribronchiali a tipo produttivo. Assenza di bronchiectasie e di adenopatie ilari. Nessun segno di infiltrazione interstiziale polmonare. Nulla di anomalo all'apparato cardio-vascolare (fig. 1).

Gli esami microscopici dell'espettorato ripetutamente eseguiti da specialisti tisiologici, furono costantemente negativi, per il bacillo di Koch. In tali condizioni la giovane fu ricoverata in casa di cura sanatoriale ove rimase quattro mesi, senza peranco ottenere una benefica modificazione dello stato preesistente.

La negatività dei reperti e delle ricerche effettuate per chiarire gli episodi morbosi, dopo il susseguirsi di molteplici ipotesi, fece finalmente sospettare la bronco-spirochetosi del Castellani e l'esame dell'espettorato eseguito da un illustre cultore di batteriologia e di malattie esotiche, il prof. Franchini, fu decisamente positiva.

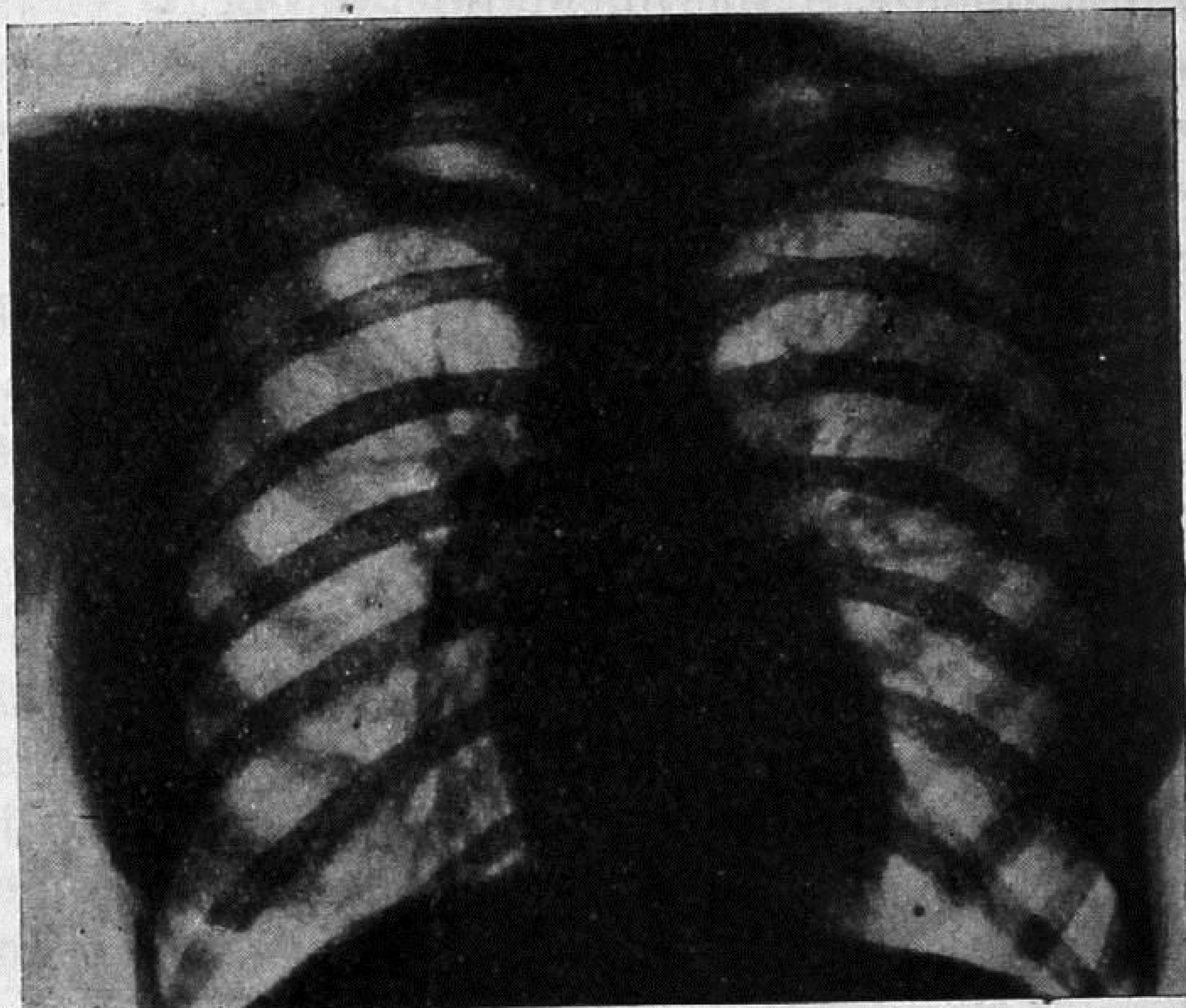


FIG. 1.

Il secondo malato E. F. verte un fratello della ragazza nel quale il responso diagnostico fu insistentemente rivolto ad una attendibile alterazione specifica e l'esame radiologico avrebbe resa probatoria la diagnosi, se la constatazione della esistenza della malattia del Castellani in un membro della famiglia, non avesse fatto sorgere il dubbio, che anche nel fratello dovesse trattarsi della stessa affezione. La ricerca microscopica dell'espettorato in vari strisci colorati col procedimento di Fontana-Tribondeau, parve mettere in

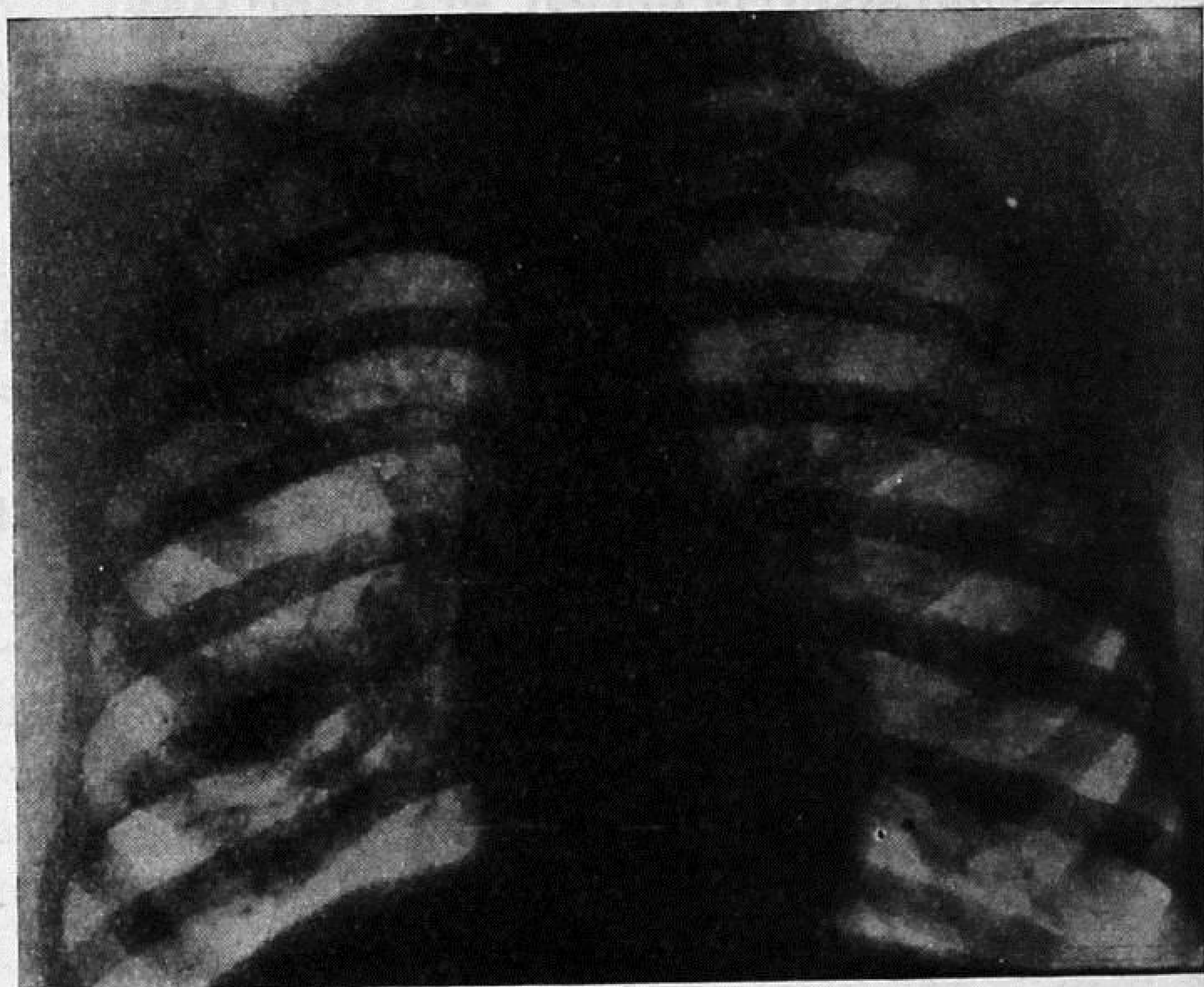


FIG. 2.

evidenza molte spirochete con i caratteri morfologici dello « spironema bronchialis » del Castellani.

La indagine radiografica tuttavia (fig. 2) metteva in rilievo un caratteristico focolaio di infiltrazione essudativa alla base dell'emitorace destro, tale da autorizzare il giudizio di lesione tubercolare, come difatti fu enunciato dal sottoscritto, non solo, ma la coesistenza di un persistente disturbo all'articolazione del ginocchio sinistro, interpretato quale processo infiammatorio cronico, ne avvalorava la ipotesi. Il decorso del male nullameno, lasciava dubbi sulla interpretazione, dei reperti microscopici, eseguiti da osservatori che avevano forse ceduto al preconcetto lusingatore della esistenza della malattia del Castellani, nella stessa famiglia. In questo caso giunse opportuna l'autorità indiscussa del Castellani stesso, il quale avendo accolto nella sua clinica il giovane, escluse in modo assoluto, con prove irrecusabili, la presenza dello « spironema bronchialis » e precisò la diagnosi con reperti positivi di tubercolosi polmonare e di conseguenza la natura specifica del patimento articolare. Il quadro radiologico aveva confermato il sospetto clinico, ma la prova di laboratorio ritenuta raggiunta nei primi tempi, aveva fatto cedere alla lusinga di una diagnosi in apparenza ovvia, e nondimeno errata.

Ciò serve maggiormente a dimostrare, se ve ne fosse bisogno, con quale cura e accorgimenti debba essere condotto un esame clinico e radiologico ed eseguito sempre in unione con gli altri mezzi di ricerca che valgano a suffragare un giudizio e a dissipare un dubbio, anche quando le indagini radiologiche consentano una interpretazione decisiva rispondente alla verità.

Il terzo caso concerne una giovane donna F. F., coniugata, e come per gli altri i primi rilievi clinici dell'apparato respiratorio facevano propendere per una affezione specifica, avvalorata dai precedenti famigliari indubbi sulla ereditarietà tubercolare.

Il quadro clinico non si presentava dissimile: febbre vespertina, tosse, sputo sanguigno, deperimento organico, dato ascoltatorio importante, sfregamento pleurico all'interlobo sinistro: alla percussione, ipofonesi nella sotto-clavicolare destra. Ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato, persistentemente negativo.

All'esame radiologico del torace (fig. 3) in corrispondenza della regione sottoclaveare destra si notavano i segni di una lesione con l'aspetto caratteristico dell'infiltrato di Assmann. Cotesto reperto con i rilievi clinici ed i dati anamnestici, non sarebbero stati sufficienti elementi per escludere altre affezioni? Anche in questo caso il diagnostico doveva essere posto con la massima cautela resi consapevoli della esistenza certa della bronco-spirochetosi almeno in una persona della famiglia, ed infatti il risultato della ricerca dello spirocheta bronchialis nell'espettorato apparve positivo.

Non rinunciai al giudizio radiologico di specificità, espresso al medico curante con relazioni scritte, ed accolsi il responso microscopico con diffidenza, ammaestrato dai precedenti casi, tuttavia mi parve logico pormi il quesito se le alterazioni constatate fossero tutte espressione di un'unica forma morbosa o nel contempo responsabili di un processo concomitante specifico, trovando per l'attecchimento un terreno già fertile. Le provvidenze terapeutiche dirette a debellare la forma spirochetosica avrebbero dovuto portare alla esclusione del processo specifico, ma purtroppo i preparati arseno-benzolici in prevalenza usati non determinarono una benefica modificazione della sintomatologia toracica, anzi l'accentuarono.

L'esito negativo della cura spinse i famigliari alla decisione di rivolgersi all'insigne clinico prof. Frugoni, il quale precisò il giusto significato dei sintomi clinici e radiologici, rilevando altresì nell'espettorato i bacilli di Koch e non lo spironema bronchialis che altri osservatori avevano creduto di constatare.

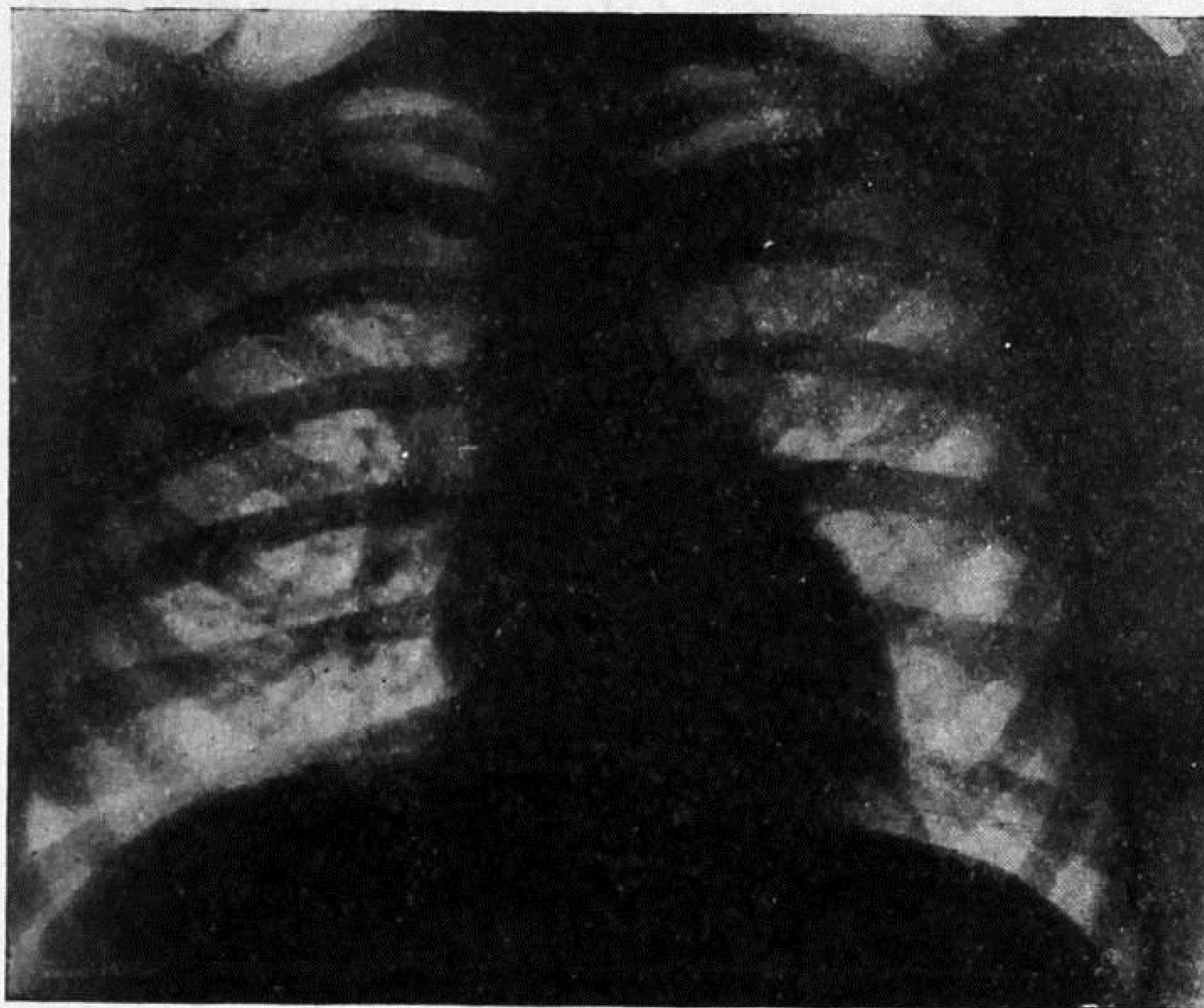


Fig. 3.

Da quanto ho esposto mi pare poter desumere considerazioni di pratica utilità, che mettano sull'avviso di fronte a sindromi cliniche di tale entità.

Innanzi tutto il valore da attribuire alla indagine radiologica deve essere ben ponderato, ben altro dovendo essere il reperto obiettivo radiografico in contrasto ad una persistente sintomatologia clinica certamente grave. La bronco-spirochetosi del Castellani all'investigazione radiologica non presenta una propria individualità, nessun dato obiettivo deciso, inconfondibile, patognomonico. Quando imagini anormali si rivelino nei campi polmonari, per quanto esigue esse siano, si è trascinati spesso a considerazioni interpretative erronee che mettono in seria apprensione il paziente. Ma il dato di pochezza e di tenuità dei segni radiografici, come nella prima malata congiunto ai reperti negativi dell'espettorato doveva metterci in guardia e farci consapevoli dell'errore diagnostico, poichè ad una sindrome clinica certamente notevole avrebbe dovuto seguire una rappresentazione radiografica appariscente e decisiva, mentre apparve una insuf-

ficente rispondenza non agevole a definire la espressione clinica dei disturbi. Radiologi degnissimi di fede, ritengono che la forma del Castellani presenti lesioni anatomiche confondibili con complessi specifici e soltanto la positività dello spironema debba costituire una conclusione probatoria del male. Una diagnosi di natura se spesso non può essere emessa colla sola indagine radiologica può del resto consentirci, il sospetto di attendibilità, e permetterci di suggerire le relative ricerche di laboratorio.

Dal punto di vista clinico è necessario distinguere precocemente l'episodio morboso da altri processi invero non dissimili, per potere istituire il più presto possibile le opportune provvidenze curative atte ad evitare conseguenze deleterie per il decorso cronicissimo della malattia del Castellani ed in special modo utili ad allontanare i danni del contagio alle persone che assistono e avvicinano i pazienti. Per raggiungere lo scopo e per non cadere in insuccessi di carattere diagnostico, non è mai di troppo essere agguerriti di una severa critica nella raccolta dei fatti e nella loro interpretazione. I risultati discordi dei casi illustrati che hanno procurato una preziosa perdita di tempo per la cura, ed increscicse sorprese sono da ascrivere sia alla scarsa valutazione dei sintomi rilevati, sia alla deficiente conoscenza della evoluzione del male, sia ai reperti microscopici forniti da osservatori poco scrupolosi, o punto edotti delle speciali caratteristiche morfologiche delle « spirochete bronchiali ». Le spirochete che possono aggredire l'apparato respiratorio si possono raggruppare in due famiglie. Alla prima appartengono spirochete bronchiali a larghe spire (Buccalis-dentium, Vincentii) alla seconda, spirochete più sottili, esili a spire molteplici e ravvicinate, (spirochete del Castellani e spirochete pallidum). Codeste varie specie di spirochete per gli esperti parassitologi e microscopisti clinici non deve generare confusione. Ma purtroppo nei nostri malati la errata interpretazione delle indagini di laboratorio aveva cancellata nel secondo e terzo malato la giusta diagnosi, fondata su dati anamnestici clinici e radiologici attendibilissimi. Lo spirocheta buccalis era stato causa incontrollata di errore? I controlli successivi hanno limpidamente dimostrato che sì.

È bene quindi che i medici pratici a cui sono rivolti questi miei rilievi conoscano quali debbano essere i criteri adeguati per poter guidare con cognizione di causa l'ammalato in simili eventi, e non trascurino un fatto di capitale importanza e cioè che la malattia del Castellani per quanto non frequente ma non rarissima venga vagliata con tutti i sussidi diagnostici razionalmente e scientemente condotti, per modo che non ci siano riserbate delle amare delusioni.

RIASSUNTO.

L'A. ai fini pratici di un esatto giudizio diagnostico discriminativo, tra Bronco-spirochetosi del Castellani e Tubercolosi, messi in rilievo i criteri da adottare per non incorrere in errori e delusioni, si occupa prendendo lo spunto dai casi illustrati, dei mezzi valevoli a chiarirne la sindrome clinica e precisarne la natura, precipui ed indispensabili, la ricerca di laboratorio e la investigazione radiologica, condotti con scrupoloso metodo di tecnica.

CONFERENZE.

Le ulcere gastriche e duodenali e il loro trattamento chirurgico (1).

Dott. VITTORIO PUCCINELLI
Chirurgo primario degli Ospedali di Roma.

Dieci anni fa Moynihan parlando su « Alcuni problemi dell'ulcera gastrica e duodenale » diceva che la letteratura sull'argomento era allora formidabile, ma sfortunatamente di un valore non proporzionato alla sua massa. E' difficile dire cosa sia diventata oggi, per massa, quella letteratura che dieci anni fa era già formidabile, e forse altrettanto difficile è dire quanto sia migliorato il valore di una simile massa di letteratura. Oggi certamente sarebbe al di là della possibilità di qualunque uomo prendere conoscenza diretta di tutto quello che è stato pubblicato sull'argomento e, anche se questo fosse possibile, non potrebbe certamente servire a farsi un'idea chiara sulle questioni dibattute, ancora molto lontane da qualsiasi « conclusione ». Ogni patologo, ogni chirurgo ha voluto contribuire a « scoprire » le dottrine dell'ulcera e qualche volta invece che « scoperte » sono state fatte « invenzioni » o sono state nutrite « illusioni ». Per comprendere i casi clinici, si è ricorso ampiamente alle osservazioni sperimentali e queste hanno finito per confondere maggiormente i termini del problema; tutta la parte « sperimentale » astrae, per necessità di cose, dal complesso anamnestico e subiettivo che costituisce la base della sindrome clinica nell'uomo, studia su animali che hanno chimismo gastro-duo-

(1) Conferenza tenuta al Corso di Cultura medica dell'Ospedale Mellini in Chiari il 25 maggio 1933.

denale certamente differente in modo notevole da quello umano, e che, quadrupedi, presentano condizioni statiche e dinamiche viscerali assolutamente diverse: già per tali considerazioni la produzione « sperimentale » di una ulcera gastrica o duodenale in un animale non appare affatto paragonabile all'insorgenza di una simile lesione nell'uomo e non può avere nessuna relazione coll'ulteriore evoluzione di essa. Ora che il trattamento chirurgico della malattia ha permesso di fare le più vaste osservazioni cliniche e anatomo-patologiche si resta sorpresi rileggendo, anche nei trattati « classici », quello che è scritto su tale argomento, che corrisponde molto da lontano o non corrisponde affatto alle constatazioni chirurgiche; la dottrina « classica » dell'ulcera gastrica e duodenale ha dovuto subire da ogni lato correzioni, precisazioni, smentite e si può dire che abbia oggi più che altro un valore storico e non reale. Io sono convinto che soltanto lo studio accurato dei casi clinici, in questo argomento ancora più che in tutti gli altri argomenti medici, come può essere fatto durante la malattia, al momento dell'intervento e nel susseguente decorso immediato e lontano, rappresenti il più completo e più istruttivo « esperimento » capace di portare a conclusioni di importanza pratica e scientifica. La osservazione dei malati « rioperati » può portare la migliore luce « sperimentale » negli stessi problemi della patogenesi dell'ulcera gastrica e duodenale. E la visione complessiva, sintetica, a distanza di tempo, di un numero rilevante di casi clinici seguiti personalmente, quella che si chiama: « l'esperienza personale », credo costituisca sempre una fonte di utile e pratico insegnamento per sè stessi e per gli altri. Ho avuto occasione di operare fino ad oggi 623 casi di ulcera duodenale e gastrica e ho rioperato 48 casi che già erano stati operati da me o da altri. Riunendo nella mia mente in una visione sintetica tutti i quadri clinici studiati e seguiti, ho l'impressione di avere imparato a distinguere e a precisare alcuni aspetti che prima mi apparivano differentemente.

Esiste un complesso sintomatico che viene dichiarato « caratteristico » dell'ulcera gastrica e duodenale. I caratteri del dolore e la periodicità degli attacchi vengono generalmente addotti quali dati anamnestici tipici. Il dolore è stato qualificato come « il dolore della fame » o, meglio, « come il dolore che cessa mangiando ». Certamente il dolore è la nota predominante del quadro, è quello che più spesso costringe il malato a chiedere l'aiuto medico. L'argomento « dolore » nella storia clinica di un malato di stomaco assume aspetti molto vari; una espressione « fortunata » come quella del « dolore della fame » è stata portata da tempo in primo piano ed è stata prospettata con le caratteristiche della « tipicità »; dopo aver visto alcune centinaia di malati di tal genere, è necessario dire subito che la tipicità del « dolore della fame », nei riguardi dell'ulcera duodenale, non è affatto esatta; si può avere tipico « dolore della fame », di quello che costringe il malato a tenere in tasca la boccetta col latte o a mangiare ogni due ore, in un canceroso dello stomaco (l'ho constatato « tipico » in un caso di epitelioma sottocardiale senza nessuna concomitante lesione duodenale) e in forme cliniche da lesioni delle vie biliari e anche da tubercolosi intestinali del tenue. Il dolore assume certamente nella maggioranza dei casi la parte più importante nel quadro clinico di tale malattia, ma certamente esistono ulcerosi che non hanno mai avuto il minimo dolore e ad un tratto hanno la perforazione. Essendo una nota completamente subiettiva, la definizione del dolore nei malati di stomaco è fatta in forme assai differenti, anche a seconda del malato che l'accusa. La « languidezza di stomaco », la « fame insaziabile », il « bruciore », tutte le variazioni dei dolori veri e propri, con localizzazioni regionali più o meno precise, costituiscono le note di una gamma e il dolore della fame « tipico » rappresenta una delle note più acute; ma non si può dire certamente che, se non c'è quello, non esiste ulcera e neanche che, se quello c'è, esiste un'ulcera duodenale. Comincerei quindi col togliere il carattere di « tipicità » al « dolore della fame » e a considerarlo come una « varietà » del dolore dei gastropazienti. Sarebbe assai importante poter fissare una base anatomo-patologica del dolore di questi malati; l'insorgenza del dolore è stata attribuita alla stimolazione diretta, meccanica e chimica, della superficie ulcerata, allo spasmo pilorico, alla iperperistalsi gastrica, alla iperacidità, ma accurate osservazioni volta a volta hanno dimostrato che tali condizioni possono esistere senza dolore e che dolore può esistere anche astraendo da tali condizioni. Si rientra qui nel complesso problema della patogenesi e delle vie del dolore viscerale, problema che ancora attende una persuasiva soluzione. È suggestivo pensare che gli stimoli meccanici e chimici della contrazione e dell'acidità, provochino dolore agendo sulla superficie ulcerata, ma è indiscutibile che ulcere gastriche e duodenali possono essere causticate durante un intervento chirurgico senza che il malato, sveglio, accusi dolore. Sindromi « dolorose » perfette sono state constatate perfino in casi di achilia. D'altra parte la constatazione che l'ingestione di cibo fa calmare il dolore non può essere trascurata, ricordando però che l'idea che tale fatto sia dovuto alla neutralizzazione dell'acido cloridrico è smentita dalla constatazione di casi nei quali la cessazione del dolore si verifica colla ingestione di sostanze acide, come limonate e simili. E numerosi sono i casi nei quali i malati raccontano che mentre « prima » il dolore cessava mangiando « ora » è diventato

« fisso » e non cessa più e talvolta aumenta. Sono precisamente questi i casi con le storie più lunghe di sofferenze e i casi nei quali si trovano le ulceri più antiche e penetranti; vorrei dire che proprio il dolore fisso, continuo, *che non cessa mangiando* è quello che può essere messo in rapporto con la lesione anatomo-patologica dell'ulcera. Il dolore « ritmico » regolare, a ore fisse, quello che può servire « per rimettere l'orologio », quello « che cessa mangiando », può esistere senza ulcera, ma quello fisso, con localizzazione costante e irradiazioni precise, che il malato sa indicare con la punta del dito e che non ha relazione coi pasti, è certamente dovuto all'ulcera. Ricordo d'aver operato un caso di ulcera della piccola curvatura nel quale la precisazione e la fissità del dolore riferito dal malato avevano precedentemente persuaso un chirurgo di buona volontà a togliere al malato la zona dolente e cioè l'apofisi ensiforme dello sterno! L'insorgenza di un tale dolore può avere come base lo stimolo diretto delle terminazioni nervose raggiunte dal processo ulcerativo (quando la malattia, secondo Kuhlenkampff, diviene « mesenteriale » e perciò viene a contatto con le terminazioni nervose della zona parietale) ma tutti gli altri dolori sono certamente in relazione con perturbazioni della funzione e quindi della sensibilità viscerale ed insorgono indipendentemente dalla lesione ulcerativa. Accade assai spesso di vedere malati con sindromi dolorose imponenti per l'insistenza, il ritmo e la precisione e di trovare all'operazione lesioni ulcerative minime, quasi incontrollabili e di operare malati, ad esempio per la ripetizione di emorragie, che presentano ulcere callose e penetranti e non soffrono dolori. Nicchie da ulcera possono essere dimostrate radiologicamente, quando lunghi periodi di completo benessere farebbero richiedere all'esame radiologico soltanto la prova della guarigione. La base, quindi, di tutto questo gruppo di dolori non è la lesione ulcerativa, ma uno speciale stato di sensibilizzazione gastro-duodenale, provocato da quelle cause che provocano gli altri disordini funzionali costituenti il complesso della malattia. Sempre nel campo della sintomatologia dolorosa bisogna ricordare i « cambiamenti » di storia; molti malati dopo lunghi anni di storia periodica, ricorrente, stagionale, raccontano che « ora » i disturbi sono continui e non cessano più coll'ingestione di cibo, oppure raccontano che, quando « quei » disturbi periodici erano passati, sono cominciati i vomiti alimentari o le digestioni lente e difficili. Dalla storia della « sindrome » gastro-duodenale si passa a quella dell'ulcera vera e propria o a quella della stenosi. Sono questi i casi che esibiscono palesemente, a mio modo di vedere, la differenza fra quelli che sono i sintomi dell'ulcera e quelli che sono i sintomi del « resto » della malattia. Certamente al complesso che direi extraulceroso va legato l'altro sintomo cardinale che viene addotto come tipico dell'ulcera e cioè la « periodicità » degli attacchi. Gli attacchi dolorosi nella maggioranza dei casi sono « stagionali »; molti malati sanno che al « cambiamento di stagione » soffrono di stomaco e molti accettano il fatto come una qualche peculiarità dell'organismo che annoia ma non preoccupa. Le osservazioni radiologiche e più quelle operatorie dimostrano ogni giorno che può accadere di non avere nessuna evidenza di ulcera o minime lesioni superficiali nel corso degli attacchi stagionali e che invece ulcere grosse e profonde possono trovarsi, in piena efficienza, nei tranquilli periodi di intervallo. Le variazioni istologiche accertabili nel campo dell'ulcera in coincidenza con i « periodi » di acuzie sono minime o nulle. Sono state descritte le speciali fasi di « infezione » batterica delle zone ulcerate, ma non c'è ragione esauriente per dire che tale fatto è causa e non conseguenza di quello che accade nel periodo di acuzie. Certamente la « tipica » periodicità degli attacchi dolorosi è indipendente dal fatto ulcerativo e dalla sua evoluzione ed è l'espressione di quella alterazione di funzioni che viene descritta come « sindrome gastro-duodenale ».

Sicchè a me sembra di poter concludere che il tipo degli attacchi dolorosi e la periodicità di tali attacchi, addotti come dati anamnestici « tipici » dell'ulcera gastrica e duodenale, sono invece indipendenti, nella loro patogenesi, dal fatto ulcerativo, pur essendo l'espressione di una malattia gastro-duodenale, durante la quale si creano condizioni che possono facilitare l'insorgenza di processi ulcerativi. I tentativi che cercano di determinare le cause generali di un tale squilibrio non mancano e particolarmente interessanti sono, per quanto ancora poco conclusive, le ricerche sulla colesterinemia e sulla iperglobulia degli ulcerosi. L'indagine che riuscisse a dimostrare quale è la differenza di « funzione » dei gastropazienti nei periodi intervallari di benessere e in quelli « stagionali » di acuzie, ci direbbe certamente molte cose importanti sulla patogenesi di tali malattie; non si può non pensare, avendo nella mente la periodicità degli attacchi, la stagionalità di essi, alle dottrine dell'allergia, alla possibilità che la « sindrome » gastro-duodenale sia la « risposta » di quegli organi ad uno stimolo nato altrove o ad alterazioni del ricambio generale, dell'equilibrio ormonico o neuro-vegetativo; e i casi nei quali la « sindrome » è certamente una « seconda malattia », che insorge dopo la malattia di altri organi (appendiciti, colecistiti, stati tossici, ecc.) e cessa quando questa guarisce confortano l'idea che il complesso sintomatico gastro-duodenale (con o senza ulcera) debba essere considerato come la manifestazione gastro-duodenale dello stato di squilibrio, locale o generale, prodotto dall'altra malattia.

Per tali considerazioni a me sembra che sia di grande importanza di tenere distinti nel quadro clinico dell'ulcera gastrica e duodenale i sintomi dovuti al fatto ulcerativo vero e proprio e quelli che costituiscono il « resto » della malattia, perchè soltanto così potrà ottenersi lo scopo di indirizzare con precisione il trattamento terapeutico. Non è sempre facile raggiungere lo scopo di operare e di curare non il « sintomo » ma la « malattia »; nel caso dell'ulcera gastrica e duodenale le osservazioni cliniche dimostrano nel modo più evidente che la cura del sintoma « ulcera » non è la cura della malattia ed anche il contrario, cioè, che la cura del complesso sintomatico non è la cura dell'ulcera. Proseguendo quindi nell'analisi di quello che viene raggruppato nel capitolo della ulcera gastro-duodenale, dopo la sintomatologia dolorosa e la periodicità degli attacchi, bisogna considerare gli altri fatti che generalmente vengono chiamati segni « indiretti » dell'ulcera. La cosidetta ipercloridria o iperacidità è stata lungamente discussa e portata come causa e come conseguenza dell'ulcera, ma quando si è cercato di comprendere cosa fosse questa iperacidità e quando esistesse, la ricerca è diventata complessa e confusa e priva di conclusioni pratiche. L'iperacidità, sia nell'aspetto di aumento di quantità della secrezione acida, che in quello dell'aumento della concentrazione, o in quello della « stasi » del secreto acido, è stata accertata soltanto in un piccolo numero di casi della malattia ed oggi non è assolutamente possibile descrivere una qualunque alterazione del chimismo gastro-duodenale che possa essere chiamata « caratteristica » di tale malattia.

L'ipermotilità gastrica, portata in campo specialmente dalle ricerche radiologiche, è anche propria soltanto di un ristretto numero di casi; lo studio accurato di essa ha dimostrato che, se è presente, non ha nessuna relazione coi valori acidi e con la sintomatologia dolorosa. I vomiti alimentari o secretivi, episodici, accessuali, sono l'espressione di speciali condizioni transitorie e non possono certo fornire una base « caratteristica ».

Restano da ultimi i sintomi veri e propri del fatto ulcerativo; le emorragie, le perforazioni. Precisamente l'osservazione di tali sintomi è quella che aiuta a distinguere chiaramente quale è la parte della lesione ulcerativa nel quadro clinico che viene descritto come « tipico » di essa.

Le emorragie, per la loro imponenza, per la loro qualità, non presentano note capaci di indurci a speciali conclusioni: gravi emorragie possono venire da lesioni minime, superficiali, e ulcere profonde possono esistere anni ed anni senza causare perdite di sangue; spesso costituiscono l'unico sintoma della malattia, latente per tutto il resto, prima e dopo il fatto emorragico: della emorragia si può dire ben poco di conclusivo e cioè soltanto che essa costituisce la prova indiscutibile, al momento in cui si verifica, della esistenza di una lesione di continuo della mucosa; più volte è accaduto di andare ad operare dopo gravi perdite di sangue e di trovare minime erosioni, quasi non dimostrabili.

Le perforazioni sono in realtà il segno più vivo e diretto del fatto ulcerativo. Con la sintomatologia drammatica della perforazione nel cavo peritoneale libero o con l'andamento cronico, chiaro o subdolo, della perforazione degli organi vicini, esse costituiscono, con le emorragie, la vera essenza della malattia « ulcera » pure essendo completamente indipendenti da quello che ho chiamato « il resto » della malattia. Ogni chirurgo si è trovato di fronte a casi di peritoniti da perforazione duodenale senza nessun precedente anamnestico prima della perforazione libera e a casi di grosse ulcere penetranti nel pancreas o nel fegato con estrema povertà e grande brevità di dati anamnestici, che potessero far pensare alla lunga evoluzione della malattia.

Da una analisi cosiffatta del complesso sintomatico, il quadro clinico della sindrome gastro-duodenale non appare molto chiarito; ma a me sembra che dopo una tale analisi sia più netta la visione di alcuni degli elementi di quel quadro clinico e quindi più probabile una delimitazione e una precisazione diagnostica e terapeutica. È importante convincersi che i cardini della sintomatologia subiettiva descritta per l'ulcera e cioè alcuni dolori « tipici » e i periodi ricorrenti, non hanno relazione col fatto ulcerativo, che l'ulcera esiste nei suoi aspetti anatomo-patologici indipendentemente da quei fatti, con le « sue » caratteristiche e le « sue » possibilità e che la « sindrome » con note identiche sia nell'episodio giornaliero del ritmo doloroso che nella durata e nella periodicità degli attacchi, può esistere indipendentemente dal fatto ulcerativo. Quando accade, come non raramente può accadere, di operare sull'indicazione di una storia « perfetta » e di non trovare alcuna ulcera duodenale nè gastrica, invece di attardarsi inutilmente a ricercare qualche minima erosione duodenale, è bene ricordare che la « sindrome » non è certo smentita dall'assenza del fatto ulcerativo e che quindi la causa di essa può essere cercata fuori dello stomaco e del duodeno invece che in qualche minima lesione gastro-duodenale che ne è la conseguenza. La possibilità di una identità sintomatica in casi con ulcera e senza è la più evidente prova che il nesso fra l'ulcera e il « resto » della malattia non è quello di causa ed effetto, nè in uno nè in altro senso. E quindi suggerisce qualche osservazione anche sulla patogenesi della malattia. Probabilmente lo sforzo così continuo degli studiosi a voler rintracciare la causa « unica » dell'ulcera gastrica e duodenale non è rispondente alla realtà. È molto più verosimile ammettere cau-

se differenti per un'ulcera che, senza storia, dà una perforazione libera e per un'ulcera che progredisce con alterne vicende per anni, accompagnata da tutto un vario complesso sintomatologico, piuttosto che ostinarsi nella ricerca del fattore unico che dovrebbe spiegare l'insorgenza e l'evoluzione di tutte le ulcere gastro-duodenali. A nessuno è mai venuto in mente di invocare una causa unica per tutte le ulcere acute e croniche che possono verificarsi negli arti inferiori, pure ammettendo che, quasi per tutte, la stazione eretta è un fattore di molta importanza; ed invece si vuol trovare a tutti i costi un fattore unico per l'insorgenza e l'evoluzione delle ulcere gastro-duodenali. La teoria cosiddetta meccanico-digestiva a me sembra che potrebbe essere paragonata a una teoria che si chiamasse « della stazione eretta » per le ulcere delle gambe. È intuitivo che i fattori meccanici e chimici della digestione siano più che sufficienti per spiegare l'insorgenza e la persistenza dei fatti ulcerativi in quelle regioni dello stomaco e del duodeno che più ne risentono l'effetto, ma è ben vero che tutti gli organismi possiedono quelle zone gastro-duodenali (*magenstrasse* e prima porzione duodenale) e che soltanto alcuni si ammalano di ulcera in quelle zone e quelli che si ammalano non presentano speciali alterazioni dei fattori meccanici nè chimici che spieghino l'insorgenza delle ulcere. I mezzi coi quali « sperimentalmente » si è potuta produrre un'ulcera nello stomaco e nel duodeno sono assai numerosi e altrettanto numerose potranno essere le cause capaci di produrre ulcere nell'uomo, ma è certo che le stesse cause non sono sempre capaci di produrre ulcere ed è perciò che io mi sforzo di distinguere nella malattia e nei malati i segni dell'ulcera vera e propria e i segni di quelle alterazioni che possono sensibilizzare stomaco e duodeno all'azione traumatica e digestiva o ad altre azioni, creando le condizioni opportune per l'insorgenza e anche per l'evoluzione dell'ulcera.

Mi fermo a questo punto su alcuni casi che io chiamerei « esperimenti clinici » di malati operati e rioperati per malattie di stomaco. Il fatto che l'osservazione di tali casi non è stata guidata da scopi puramente « sperimentali », ma soltanto terapeutici, non toglie certamente ad essa il valore pratico che normalmente si attribuisce alle condizioni della indagine « sperimentale » pura e il fatto che tali « esperimenti » sono stati fatti sull'uomo dà ad essi un'importanza clinica ben più rilevante di tutti gli esperimenti fatti sugli animali.

Questa parte « sperimentale » della mia esperienza comprende 48 casi: di questi 36, avevano avuto in primo tempo la gastroenterostomia, 7 la piloroplastica o gastroduodenostomia e 5 la resezione gastrica.

Nel gruppo dei 36 casi rioperati dopo una precedente gastroenterostomia mi ha colpito il fatto che nella grande maggioranza dei malati rioperati la via piloro-duodenale era chiusa, o chirurgicamente, con la tecnica dell'esclusione pilorica, o patologicamente, dalla stenosi seguita alla pregressa ulcera. In due casi fra questi in un secondo intervento era stata praticata la resezione della porzione di stomaco a valle della gastroenterostomia, di quella porzione cioè antro-pilorica alla quale è stata attribuita tanta importanza « ulcerogena »; in tali casi tale resezione secondaria non solo non aveva fatto guarire l'ulcera digiunale, ma ne aveva aggravato il decorso, dimostrando così come ulcere possono prodursi ed evolvere anche quando è soppresso il fattore antro-pilorico e come la gravità « ulcerogena » della esclusione pilorica è quasi certamente in funzione del fattore meccanico. La prevalenza di tale fattore in confronto con quello chimico è anche avvalorata dalla osservazione della sede di tali ulcere postoperatorie. Nella maggioranza dei casi le ho trovate sul versante mesenteriale dell'ansa anastomotica, di fronte all'apertura e talvolta nel digiuno anche lontane parecchie centimetri dall'anastomosi, a valle di essa. Tale sede, certamente e necessariamente a contatto e sul passaggio delle secrezioni duodenali alcaline, dimostra che l'esistenza dell'ulcera è indipendente dal chimismo dell'ambiente dove si trova. In un caso, a valle del livello della gastroenterostomia, ho trovato nello stomaco una grossa ulcera della piccola curvatura, che al momento del primo intervento non era neanche rilevabile e che aveva continuato nel suo decorso progressivo, malgrado la presenza della gastroenterostomia.

Assai interessanti tre casi nei quali la gastroenterostomia era stata praticata, non da me, per curare la « sindrome » senza aver rilevato con sicurezza la presenza di un'ulcera. In questi casi, tutti senza esclusione pilorica e con piloro-duodeno ben funzionante, era insorta ulcera digiunale dimostrando così la maggiore « sensibilità » del digiuno a quei fattori dello squilibrio « ulcerogeno » a cui avevano resistito stomaco e duodeno. In un altro caso la sintomatologia di una grave ulcera digiunale da gastroenterostomia, tanto grave da essere giudicata « inoperabile » radicalmente, è stata molto migliorata riaprendo il piloro che era stato chiuso. Più volte l'ulcera aveva sede intorno ad un punto di seta od al laccio della esclusione pilorica, pendente nel lume pilorico. Interpretando quindi tali casi con mentalità « sperimentale » io direi che la gastroenterostomia è capace di far guarire le ulcere duodenali (e non quelle gastriche) perchè allontana da esse il fattore irritativo meccanico e trasferendo questo sul digiuno è capace di fare insorgere le ulcere sull'ansa anastomotica, anche se il duodeno e lo stomaco restano integri. Perciò, dal punto di vista patogenetico ed evolutivo, mette in evidenza il fattore meccanico, traumatico. Resta dimostrato così anche « sperimentalmente » nell'uomo che la resezione

dell'antro non crea condizioni adatte alla guarigione dell'ulcera e che i corpi estranei possono essere causa di ulcera.

Nei sette reinterventi dopo piloroplastica o gastroduodenostomia è stata trovata una lesione ulcerativa più grave di quella rilevata alla prima operazione, che perciò era risultata completamente fallita allo scopo: gli interventi diretti sul piloro-duodeno assai spesso creano condizioni anatomiche locali per le quali l'azione nociva del fattore meccanico anzi che essere eliminata viene ad essere accentuata.

Di particolare interesse sono i cinque casi nei quali son dovuto intervenire quando già era stata praticata la resezione gastrica. Uno di questi casi era quello di una malata che era stata affetta da una forma di setticemia emolitica. Dopo una gastroenterostomia per ulcera duodenale era stato trovato ulcerato tutto il bordo anastomotico e dopo la resezione era stato trovato identico reperto e dopo il secondo intervento (resezione più ampia) la sintomatologia era continuata con le stesse caratteristiche; quindi è evidente che, persistendo la causa « ulcerogena » ogni intervento risultava insufficiente. In un altro di questi casi il primo intervento, consistente in resezione gastrica per ulcera duodenale unita a colecistectomia e appendicectomia, non aveva modificato la sindrome; un secondo intervento consistente in entero-enteroanastomosi aveva lasciato lo stesso stato di cose e, dopo un terzo intervento d'urgenza dovuto alla perforazione di un'ulcera digiunale a valle della anastomosi, il complesso della « sindrome » continuava identico. In due casi l'ulcera seguiva a resezione dell'antro praticata con il metodo della anastomosi diretta gastro-duodenale, secondo Billroth I. Nell'altro caso la lesione ulcerativa si era riformata dopo gastroenterostomia e dopo resezione e dopo un periodo di digiunostomia; la sindrome migliorò dopo una nuova gastroenterostomia fatta sulla parete anteriore del piccolo moncone gastrico residuo.

In tali casi la causa « ulcerogena » persistente aveva continuato ad agire anche dopo gli interventi radicali, dimostrando all'evidenza che anche questi possono essere insufficienti quando la patogenesi dello stato ulcerativo è presumibilmente extragastrica.

A questi potrebbero far riscontro tutti quegli altri « esperimenti » clinici nei quali la « sindrome » di ulcera è cessata, dopo interventi sull'appendice o sulla colecisti o dopo l'allontanamento di agenti tossici, come il tabacco.

In conseguenza di tutte queste osservazioni, io credo che la diagnosi di ulcera gastrica e duodenale e la diagnosi di sindrome gastro-duodenale siano da considerare separatamente, dividendo e poi raggruppando, sotto l'una e l'altra qualifica, i vari sintomi che finora costituiscono un unico quadro clinico, più teorico che reale.

La cosidetta sindrome gastro-duodenale è basata su un insieme di sintomi quasi esclusivamente subiettivi costituiti da alterazioni della sensibilità gastrica, della « cenestesi » gastrica che vanno fino al dolore. È impossibile trovare una base anatomo-patologica o fisiopatologica a tali sensazioni: possono esistere con esse disturbi di motilità, disturbi di secrezione, ma non abbiamo elementi per dire che ad una data sensazione corrisponde una speciale alterazione. Perciò la qualifica di « *dispepsia gastro-duodenale* » che si potrebbe attribuire a tale complesso può dare un'idea complessiva della « disfunzione » ma deve riconoscere che i caratteri di tale « dispepsia » sono prevalentemente subbiettivi. Sotto questa qualifica vanno raggruppati tutti quei sintomi di cui abbiamo parlato che vanno dal « dolore della fame » alle più svariate sensazioni di « bruciore », di « peso », di « vuoto », di « languidezza », con la più varia intensità, frequenza, periodicità, regolarità, sintomi subbiettivi che possono esistere in casi di atonia e di ipermotilità, di ipercloridria e di achilia. Una tale « dispepsia » è segno di alterata funzione gastro-duodenale, che oggi non sappiamo meglio definire, ma non è segno di « ulcera »; può verificarsi, come dimostrano i numerosi interventi chirurgici che trovano lesioni associate, insieme, o in seguito ad una appendicite, ad una colecistite, ad una flogosi addominale, può verificarsi episodicamente, giornalmente, periodicamente, « stagionalmente » senza essere in nessuna di queste modalità manifestazione « tipica » di un'ulcera gastro-duodenale.

Quando c'è tale « dispepsia » spesso c'è anche ulcera e forse l'ulcera è conseguenza di quelle alterazioni di funzione che si manifestano alle nostre osservazioni con le note di quella dispepsia, ma l'« ulcera » vera e propria ha la sua sintomatologia, subbiettiva e obbiettiva, distinta da quella della « dispepsia ». Il segno subbiettivo dell'*ulcera* è il dolore continuo, attraverso le esacerbazioni, fisso nelle sue localizzazioni e nelle sue irradiazioni e i segni obbiettivi sono le emorragie e le perforazioni, ma non è necessaria la presenza contemporanea dei segni subbiettivi e obbiettivi per ammettere l'*ulcera;* emorragie gravi e perforazioni duodenali possono verificarsi senza nessuna storia preliminare nè dolorosa nè dispeptica.

Appare chiaramente da tutto questo come nel giudizio diagnostico di tali malattie la parte preponderante, in modo assoluto, stia nella ricerca anamnestica. Le comuni indagini semeiotiche cliniche ben poco possono dare di preciso nella maggioranza dei casi e soltanto l'indagine radiologica può fornire, nel silenzio di altri sintomi, un dato obbiettivo sicuro dimostrando « visibilmente » la presenza della lesione ulcerativa o di quelle alterazioni di forma e di funzione che si connettono con l'ulcera vera e propria. Tutti gli altri segni radio-

logici, cosiddetti « indiretti », potranno rientrare nei quadri clinici di quella che abbiamo chiamato « dispepsia gastroduodenale », ma non possono certamente essere addotti come segni di ulcera. Certamente, dopo l'indagine anamnestica, l'indagine radiologica è quella che può permetterci affermazioni più solide, ma è necessario che sia molto accurata ed oculata, per non incorrere, specialmente nei responsi negativi, nel reato di « millantato credito »!

Voler parlare, per metodo scolastico, di « prognosi » in forme cliniche di tal genere, così ricche di incertezze assolute e così variabili in ogni caso, mi sembrerebbe veramente fuori di luogo.

Assai importante invece è di determinare quello che può promettere la terapia di tali malattie, nei suoi vari metodi, per giungere alle conclusioni pratiche che sole interessano i malati e la coscienza del medico.

Riguardo a tale argomento, è di particolare importanza la distinzione fra *ulcere* e *dispepsia*. Abbiamo già detto come sarebbe desiderabile, in ogni cura, poter dirigersi alla malattia e non ai sintomi: purtroppo nelle forme cliniche di cui stiamo parlando, l'essenza della malattia spesso non è nota e, cercando di risalire dai sintomi alle origini di essi, noi possiamo vedere che gli anelli della catena cominciano dal dolore, dalle emorragie e dalle perforazioni per arrivare all'ulcera e per continuare da questa alle cause dell'ulcera, alcune delle quali si manifestano con quel complesso che abbiamo chiamato dispepsia, che, dall'altra parte, si aggancia ad anelli che talvolta vediamo e comprendiamo (appendicite, colecistite, flogosi addominali), talvolta vediamo e non comprendiamo (ritmicità, periodicità, stagionalità), ma che in ogni caso non sappiamo in quale modo agiscano nella insorgenza del complesso. Bisognerà quindi considerare le varie possibilità terapeutiche a seconda che si dirigono in alto, al punto di partenza della catena, o ai vari anelli di essa.

Una sola è la terapia che oggi non si discute in questo campo: il pronto soccorso chirurgico nei casi di perforazione dell'ulcera nel cavo peritoneale libero; per tutto il resto la « disputa » terapeutica è sempre in piena evoluzione.

Io credo che prima di parlare in genere della terapia della « malattia » è opportuno considerare la terapia dei vari sintomi, andando dal noto all'ignoto, dall'indiscutibile al più discusso.

Per le perforazioni libere l'intervento chirurgico è ormai ammesso universalmente; si discute sulle modalità tecniche di esso e di queste vedremo in seguito.

Dopo di quelle i sintomi che più reclamano la terapia sono i dolori, per la loro continuità e intensità, e le emorragie per la loro gravità. Le emorragie, nella loro entità, non hanno relazione diretta con la entità della lesione ulcerativa, nè con la età di essa. Può dare emorragie gravi un'ulcerazione superficiale ed emorragie lievi un'ulcera penetrante dalla lunghissima storia; l'emorragia può essere la manifestazione unica di una lesione che per ogni altro aspetto è asintomatica. Astraendo dalla cura di quella che è l'anemia acuta o cronica derivante dalle emorragie, è chiaro che l'emostasi del vaso ulcerato sanguinante può ottenersi direttamente, chirurgicamente, con azione diretta sull'ulcera o indirettamente con i mezzi tendenti a modificare la crasi sanguigna o ad arrestare l'emorragia « in loco ». La scelta di tali mezzi è argomento assai controverso. Io penso che la scelta della via chirurgica deve partire dal presupposto di conoscere sicuramente la sede dell'emorragia e di poterla dominare; quando si procede chirurgicamente senza conoscere tali condizioni, ci si affida quasi esclusivamente al caso e si assumono responsabilità assai gravi, perchè si rischia di aggiungere inutilmente pericoli chirurgici a quelli che porta con sè l'episodio emorragico. La cura chirurgica deve avere per scopo principale la soppressione del focolaio emorragico nel senso più radicale e cioè con l'asportazione, perchè, per mettersi al sicuro di un episodio di importanza immediata come è un'emorragia, non basta pensare a « far guarire col tempo » la lesione emorragica. E si arriva così all'argomento della terapia dell'ulcera vera e propria che del resto è quello che fondamentalmente importa. Si può anche considerare per un istante se può esistere un trattamento del sintoma dolore che astragga dal trattamento della lesione ulcerativa. I malati ci insegnano che il mezzo per lenire i dolori veri dell'ulcera, quelli che si esacerbano con l'ingestione di cibo, può consistere soltanto nei calmanti. Si può anche pensare di agire chirurgicamente sulle vie del dolore, ma le indicazioni che consiglino un intervento chirurgico per curare il dolore di un'ulcera, senza preoccuparsi dell'ulcera, appaiono assai problematiche. I malati ci insegnano anche tutta quella gamma di dolori che noi abbiamo messo a base della forma dispeptica si calmano con l'ingestione di cibo; è bene ricordare che si calmano con l'ingestione di «qualunque» cibo e che può essere utile per quello scopo tanto il latte come una spremuta di limone, ma tutto questo non riguarda la terapia dell'ulcera, che ora invece noi vogliamo considerare indipendentemente dalla sua patogenesi, come del resto, e purtroppo, sono le condizioni nelle quali normalmente si applica.

Si entra qui nella spinosa questione della cura medica « o » della cura chirurgica dell'ulcera: se però si guarda alla realtà dei fatti è facile accorgersi come praticamente la «questione » non esista perchè le ulcere si curano chirurgicamente quando la cura medica è risultata inutile. Non esiste nella realtà un ma-

lato di stomaco che si rivolga al chirurgo senza prima aver cercato più o meno lungamente la guarigione con i mezzi non chirurgici. Una tale realtà, e cioè l'adozione della cura chirurgica dopo la cura medica, quando questa è inefficace, può anche essere riconosciuta come direttiva metodica.

Però, per fare dei confronti esatti, la più grande difficoltà esiste nel precisare cosa sia la « guarigione » di un'ulcera. Da tutto quello che abbiamo detto risulta che la scomparsa dei sintomi subiettivi e obbiettivi non significa la guarigione dell'ulcera, nel senso anatomico. Emorragie e perforazioni possono verificarsi nel silenzio più assoluto di tutta la sintomatologia. Neanche la « visione » radiologica può dare elementi che permettano affermazioni « sicure » di guarigione; è accaduto più volte di dover soccorrere per una grave emorragia infermi all'indomani di un esame radiologico che aveva dichiarato l'ulcera guarita. Perciò, quando la presenza di un'ulcera è accertata per i suoi sintomi diretti bisogna essere molto cauti prima di dichiararla guarita. A tutti i chirurghi è accaduto di operare malati con vecchie ulcere che la cura medica aveva fatto «guarire » più e più volte; bisogna ricordare che quella sintomatologia che si è posta a base della diagnosi di ulcera e che io credo si debba raggruppare sotto la qualifica di « dispepsia » ha un andamento ciclico, periodico, remittente, per conto proprio, all'infuori di qualunque terapia e che un'ulcera può fare la sua evoluzione in modo completamente indipendente da quelle variazioni sintomatologiche. Io credo che la questione sia posta nei suoi termini veri soltanto cercando di precisare bene quali sono i rischi e quali le possibilità di guarigione che offrono il trattamento medico e quello chirurgico. Il trattamento medico presenta i rischi dell'ulcera che non guarisce; tutti i malati, trattati medicalmente, che muoiono di emorragia o di peritonite da perforazione, anche se operata, costituiscono la mortalità del trattamento medico. La mortalità del trattamento chirurgico va distinta nella mortalità « operatoria » e in quella dovuta poi all'ulcera eventualmente non guarita. La mortalità operatoria, oggi, nel trattamento degli ulcerosi gastro-duodenali, è pressochè abolita: centinaia di casi possono essere operati con qualunque tipo di operazione senza che si abbia una perdita; Judd su varie migliaia di casi operati riferisce di mortalità che restano al di sotto del mezzo per cento. Nei miei casi ho avuto, globalmente, una percentuale di mortalità del 4 ½ circa per cento, compresi i casi d'urgenza. Quindi il cosidetto rischio operatorio si può considerare oggi assai piccolo e certamente la mortalità operatoria è assai inferiore a quella che dànno le complicazioni delle ulcere trattate medicalmente e non guarite. A parità di altre condizioni il malato « rischia » di più aspettando la guarigione medica di un'ulcera che accettando il trattamento chirurgico. E rischia di più anche rispetto alle possibilità di raggiungere la guarigione: rimanendo nel campo delle « vere » ulcere, si può affermare con sicurezza che la possibilità di guarigione « vera » è molto minore col trattamento medico che con quello chirurgico. Col trattamento medico la ulcera « qualche volta » guarisce; col trattamento chirurgico l'ulcera « qualche volta » non guarisce: la vera guarigione dell'ulcera rappresenta la minoranza nei casi di trattamento medico, la maggioranza nei casi di trattamento chirurgico. Detto questo, è necessario entrare nel campo della tecnica chirurgica ed esaminare i vari interventi che si possono praticare e quello che c'è da aspettarsi da ciascuno di essi. È chiaro che le strade seguite sono differenti se si vuole arrivare alla guarigione dell'ulcera sopprimendola oppure facendola cicatrizzare. L'asportazione dell'ulcera è certamente il mezzo più evidente per raggiungere radicalmente lo scopo. Ma la soppressione pura e semplice dell'ulcera, con l'escissione o la causticazione, hanno dato un minimo numero di successi e un grandissimo numero di insuccessi; è questo un fatto clinico che dimostra bene come, nella maggioranza dei casi, il fatto ulcerativo è una parte della sindrome e conseguenza di fattori speciali; se si asporta l'ulcera, lasciando integro il resto delle condizioni locali e generali, l'ulcera quasi di regola torna a formarsi. Ed allora, per arrivare radicalmente a sopprimere l'ulcera, si sopprime con essa anche l'organo che la porta: si giunge così alle resezioni gastro-duodenali più o meno ampie. È la terapia della disperazione; non potendo altrimenti far guarire la malattia, si asporta l'organo malato, come quando non riuscendo a far guarire una piaga del piede, si amputa la gamba. Il chirurgo vuol mettersi al sicuro e garantire il futuro; però, alcune volte, l'ulcera che era al piede torna a formarsi sul moncone d'amputazione! Non volendo, per essere radicali, essere mutilanti, bisogna considerare le operazioni che hanno lo scopo di fare guarire l'ulcera. E in questo campo non è più possibile considerare l'ulcera all'infuori della sua patogenesi; l'incertezza di questa è la causa della varietà dei tentativi terapeutici di tale tipo. La gastroenterostomia (posteriore e anteriore, transmesocolica, trasversale, verticale, antecolica, ad ansa corta o lunga, isoperistaltica od antiperistaltica, con o senza esclusione pilorica, con o senza entero-anastomosi complementare ed in tutte le sue possibili varietà) vuol correggere le cause che impediscono la guarigione dell'ulcera mettendo questa al riparo dai fattori meccanico-chimici della digestione e modificando il chimismo gastrico sulla direttiva della neutralizzazione dell'acidità. L'esperienza clinica prova che tali scopi sono ottenuti soltanto parzialmente (i valori acidi saggiati accuratamente dopo la gastroenterostomia da

Lewisohn e Teldmann, in un centinaio di casi, erano diminuiti soltanto nel 3 per cento dei casi, mentre dopo la resezione la diminuzione si verificava nel 77 per cento dei casi) ed in più dimostra come i fattori meccanico-chimici possano essere ben nocivi sull'ansa digiunale dove vengono ad essere trasferiti.

Le operazioni sul piloro (piloroplastica, gastroduodenostomia, duodeno - sfinterectomia, gastro-duodeno-digiunostomia e simili, con tutte le loro varietà) tendono ad eliminare i meccanismi della contrazione pilorica ed a mettere in valore quel flusso e riflusso gastroduodenale che sperimentalmente si è dimostrato importante fattore nella insorgenza e nella guarigione dell'ulcera gastro-duodenale. Operazioni demolitive e operazioni conservative, correttive, dànno successi e insuccessi, dal punto di vista della guarigione; gli insuccessi debbono distinguersi in insuccessi immediati, e cioè nella mancanza di qualunque miglioramento, e in insuccessi tardivi, cioè nella recidiva della ulcera nella sede antica od in altra sede. Non è facile pronunciare un giudizio obiettivo sul valore di ogni tipo di operazione; ogni chirurgo, seguendo le proprie direttive teoriche e tecniche, ottiene con ogni operazione differenti risultati.

Finney dall'esame di 737 casi trova che la piloroplastica e la gastroenterostomia si equivalgono con l'85% di buoni risultati curativi mentre per la resezione i buoni risultati arrivano al 90% circa.

Judd su 1363 casi trova che i risultati dei due tipi di interventi si equivalgono pure preferendo gli interventi conservativi locali, piloro-duodenali.

Balfour studiando 500 operati di gastroenterostomia dà buoni risultati lontani nel 96% dei casi.

Nella mia pratica, senza fare percentuali nè fissare cifre che vorrebbero essere precise e spesso sono inesatte, perchè è impossibile tradurre in una espressione aritmetica quello che è un apprezzamento personale come una guarigione o un miglioramento, io ho osservato che l'escissione semplice dell'ulcera ha quasi la certezza di recidiva; la resezione gastro-duodenale, senza aggravare in modo particolare la prognosi operatoria, dà le massime garanzie per la durata della guarigione, ma non mette al sicuro della recidiva, come abbiamo visto esaminando i reinterventi: credo di poter affermare che quando la recidiva dell'ulcera avviene dopo resezione, avviene subito, perchè l'operazione è avvenuta in un momento in cui le cause della disfunzione gastro-duodenale favorevole alla insorgenza della ulcera persistevano e si inserivano sul trauma operatorio. Per gli altri tipi di operazione ho visto che, tanto la gastroenterostomia quanto la piloroplastica e derivati, presentano in realtà un'alta percentuale di possibilità di recidiva, assai più alta che nelle operazioni demolitive e assai più alta di quella che si può rilevare leggendo la casistica nella letteratura sull'argomento. Per vedere se fosse possibile di migliorare i risultati di tali operazioni correttive senza estendere le indicazioni di quelle demolitive, da qualche tempo pratico quell'intervento che si può chiamare gastro-duodenostomia sottopilorica. All'idea e alla pratica di tale intervento io sono giunto partendo dai vari tipi di piloroplastica e di gastroduodenostomia proposti ed adottati da Finney e da altri chirurgi. Cercando poi notizia dei precedenti tentativi di tale gastroduodenostomia ho trovato che circa 35 anni fa un tale tipo di operazione è stato descritto e praticato da vari autori e specialmente da Villard e da Kocher. Donati riferisce che Carle nel 1895 fece un simile tentativo che non fu seguito da buon risultato terapeutico. Dopo di quell'epoca Moynihan e Balfour circa 20 anni fa riparlarono di tale operazione, ma nei trattati moderni soltanto nel trattato di tecnica operatoria che sta ora pubblicando Kirschner ho trovato la notizia che una operazione simile è stata proposta da Wölfler. Secondo Kirschner la « gastroduodenostomia ristabilisce condizioni anatomiche e fisiologiche normali e perciò si deve considerare al riparo del rischio dell'ulcera peptica. Per tali considerazioni dovrebbe essere fatta molto più spesso; però molti chirurghi non credono alla sua possibilità tecnica; in realtà è più semplice della piloroplastica secondo Finney, con la quale ha grande somiglianza ».

In realtà la « possibilità tecnica » di questa operazione è legata alla mobilizzazione della 2ª e 3ª porzione duodenale, che talvolta è difficile.

La gastroduodenostomia sottopilorica, con o senza esclusione pilorica dovrebbe avere tutte le indicazioni della gastroenterostomia, eliminando tutti gli svantaggi delle complicazioni immediate e lontane, come il cosidetto circolo vizioso e l'ulcera peptica digiunale, e tutte le indicazioni delle operazioni locali piloro-duodenali col vantaggio di eliminare completamente il giuoco meccanico del piloro e di assicurare certamente il flusso e reflusso gastro-duodenale. Non mi è possibile riferire di risultati molto lontani, perchè la prima operazione con tale tecnica è stata fatta da meno di 2 anni.

Il decorso immediato è certamente più tranquillo che dopo la gastroenterostomia e i risultati vicini, controllati anche radiologicamente, sono apparsi assai buoni. Una volta è stata osservata ulcera recidiva, una volta è stata osservata mancata guarigione della ulcera duodenale; in questi due casi l'operazione era stata resa un po' complessa per la fissità duodenale e l'apertura anastomotica era risultata piuttosto piccola. La casistica clinica riguardante tale operazione sarà oggetto di una speciale relazione; con l'esperienza di oggi credo di poter affermare che la gastroduodeno-

stomia sottopilorica, con o senza l'esclusione pilorica, che in tal caso non porta con sè il pericolo della ulcera digiunale, quando tecnicamente è di esecuzione facile può sostituire con vantaggio la gastrodigiunostomia e i vari tipi di piloroplastica o pilorectomia ed in molti casi di ulcere duodenali può risparmiare la resezione gastrica.

Riunendo finalmente in un quadro sintetico quello che sono andato esponendo sull'argomento, io riassumerei, nel complesso clinico qualificato come « ulcera gastrica e duodenale », alcune considerazioni fondamentali:

1) ulcerazioni di varia importanza possono prodursi nello stomaco e nel duodeno per cause svariate;

2) può accadere che tali ulcerazioni assumano un andamento cronico e costituiscano un'entità clinica speciale;

3) la entità clinica « ulcera » è basata sui sintomi strettamente legati alla lesione anatomo-patologica e cioè le emorragie, le perforazioni e i dolori provocati dal fatto ulcerativo sulle terminazioni nervose della regione interessata;

4) gli altri sintomi subbiettivi e obbiettivi che si mettono nel quadro della malattia « ulcera » non sono caratteristici dell'ulcera, ma sono l'espressione di uno squilibrio della funzione gastroduodenale che costituisce una sindrome a parte, che si potrebbe chiamare « dispepsia gastro-duodenale »;

5) la dispepsia gastro-duodenale può essere « secondaria » a una malattia addominale, come l'appendicite, la colecistite o ad altre lesioni di natura flogistica o tossica; può verificarsi anche in una forma che si può dire « ricorrente » che si manifesta con episodi accessuali, spesso stagionali;

6) tale dispepsia gastro-duodenale, sia secondaria che ricorrente, mette lo stomaco e il duodeno in condizioni di particolari sensibilità e crea condizioni finora non precisabili, che facilitano l'insorgenza di processi ulcerativi;

7) la « dispepsia gastro-duodenale » e l'« ulcera gastrica e duodenale » non sono necessariamente legate come forme cliniche;

8) la terapia della « dispepsia gastro duodenale » deve rivolgersi alle supposte cause più che ai sintomi;

9) la terapia dell'« ulcera gastrica e duodenale » deve invece mirare ad eliminare il fatto ulcerativo, asportandolo o facendolo guarire;

10) la terapia della « dispepsia gastro-duodenale » deve essere chirurgica quando può mirare a sopprimere le cause di essa (appendice, colecisti, etc.) ma deve essre medica quando le cause sfuggono o quando si suppongono in alterazioni del ricambio o di altra natura;

11) la terapia dell'« ulcera » deve essere chirurgica nella grande maggioranza dei casi, scegliendo caso per caso l'intervento che più si adatta alle condizioni locali e generali; la terapia medica può essere utile per attendere le condizioni più favorevoli all'intervento chirurgico;

12) il trattamento medico della dispepsia e dell'ulcera è essenzialmente dietetico, ma più che la qualità dei cibi è importante regolare il ritmo della nutrizione. I trattamenti ad azione indiretta a base di pepsina, pepsinina, benzoato e simili possono avere qualche effetto utile, soltanto temporaneo, ma possono anche avere nessun effetto;

13) il trattamento chirurgico sintomatologico della « dispepsia » non ha base logica perchè non si conosce la vera essenza di questa cosidetta dispepsia; soltanto i segni diretti di un fatto ulcerativo possono dare indicazione chirurgica;

14) il trattamento chirurgico dell'ulcera promette i migliori risultati curativi, quando è demolitore, anche negli interventi d'urgenza; però anche le operazioni conservative e correttive (gastroduodenostomia, piloroplastica, gastrodigiunostomia, etc.) possono avere precise indicazioni ed ottenere buoni risultati;

15) l'applicazione dell'uno o dell'altro metodo di terapia deve essere suggerito dall'esame di ogni caso clinico, in tutte le sue caratteristiche, sintomatologiche ed obbiettive, ricordando che la cura chirurgica, anche la più radicale, può lasciare integre le cause « ulcerogene » che abbiano sede extragastrica e che spesso un complesso sintomatico gastro-duodenale può essere guarito con un intervento su altri visceri addominali malati o con trattamento medico e può non essere guarito con un intervento gastro-duodenale. Perciò la decisione terapeutica non deve essere la conseguenza di conclusioni dogmatiche e globali che, per essere globali e dogmatiche, mancano di reali fondamenti in un campo che presenta tante variabilità e tante incertezze.

Chiari, Ospedale Mellini, Maggio 1933.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Il dolore.

(D. WATERSTON. *The Lancet*, 6 maggio 1933).

Il meccanismo di produzione del dolore è ancor oggi una nozione da conquistare. Sir James Mackenzie ha dedicato molti dei suoi migliori anni a questo studio e ha definito molti dei più importanti problemi sul dolore. Questo studio è oggi continuato nell'Istituto che da lui prende il nome da uno dei componenti di questo.

L'A. riporta i risultati di alcune ricerche, tendenti in ultima istanza ad acquistare, per ciò che è la sensazione dolorosa, cognizioni paragonabili per accuratezza e completezza, a quelle che si hanno per le altre forme di sensazioni. Primo punto da chiarire è quello della natura del meccanismo doloroso periferico, se esso sia differente dalle altre forme di sensazione, quali siano i tessuti forniti di un apparato dolorifico e se questo è uguale per i vari tessuti oppure risponde ad un differente stimolo in tessuti differenti.

Una prima difficoltà che si incontra in queste ricerche sul dolore è che esse richiedono, ad un certo momento, l'esperimentazione su un individuo senziente; ed è certamente la spiacevolezza degli esperimenti che ha distolto molti ricercatori.

Ma Waterston ha superato brillantemente questa difficoltà: avendo acquistato, in precedenti ricerche sulla sensibilità cutanea, una pratica non comune nella osservazione dei fenomeni sensoriali, si è sottoposto egli stesso, guidato da Mackenzie, ai necessari esperimenti.

Le osservazioni furono dirette a stabilire se vi fosse, e quale fosse, la risposta sensoriale dei vari tessuti ad una stimolazione meccanica. In generale ciò si otteneva mediante un fine ago che era introdotto attraverso la cute e passava nei sottostanti tessuti, ad una differente profondità: muscoli, tendini, periostio, nelle pareti delle vene ed anche attraverso la parete di una arteria. Il Waterston ha potuto così *sentire* che il passaggio della punta di un ago attraverso l'epidermide è completamente indolore e non dà altra sensazione se non quella di contatto; e ciò è particolarmente dimostrabile nelle regioni in cui l'epidermide è abbastanza spessa.

Il derma o *corium* da una risposta sensoriale completamente differente e la sensazione dolorosa si apprezza non appena la punta dell'ago penetra nello strato superficiale del *corium*. Ma tale sensazione dolorosa non è uguale in tutta la superficie essendovi dei punti in cui la puntura non produce alcun dolore: l'A. crede da varie considerazioni di poter ammettere che nel *corium* sono principalmente i nervi che accompagnano i vasi capillari quelli che conducono gli impulsi dolorosi.

La puntura delle arterie provocava una sensazione particolarmente dolorosa: non appena l'ago entrava in contatto con la parete dell'arteria, si apprezzava immediatamente un dolore acuto e localizzato, il più spiacevole che sia stato provato durante queste esperienze. Se si faceva penetrare l'ago attraverso la parete dell'arteria, il dolore si accentuava, accompagnandosi a sensazioni di debolezza e di nausea ma senza pallore e senza sudore: il polso restava normale. Tolto l'ago il dolore persisteva per un certo tempo: esso si irradiava lungo l'avambraccio (l'arteria punta era la brachiale poco sopra il gomito) e specialmente lungo la linea dell'arteria radiale, sul margine laterale dell'avambraccio. Al contrario, la penetrazione dell'ago nella parete delle vene periferiche non causava alcun dolore, o, al più, il dolore lieve, non comparabile in nessun modo con quello delle pareti arteriose.

Per quanto riguarda i muscoli, è già stato dimostrato da vari osservatori che si origina dolore nei muscoli volontari in seguito a contrazione se l'afflusso sanguigno è ostacolato. Un apparato doloroso deve dunque esistere nei muscoli, ma la sua natura è ancora sconosciuta. La risposta sensoriale del muscolo alla stimolazione meccanica dell'ago, ricercata dall'A. in vari muscoli e cercando di penetrare con l'ago attraverso un punto insensibile del derma, fu sempre distinta e caratteristica. Non era cioè un vero dolore ma più che altro una sensazione di pressione profonda, spiacevole, seguita quasi subito da una sensazione di rigidità locale, come se una porzione del muscolo fosse divenuta dura e contratta.

I tendini ed i tessuti fibrosi danno invece una particolare sensazione acuta, pungente, mentre il periostio e l'osso danno poco dolore e talvolta nullo. L'acuto dolore che si ha in alcune fratture può essere spiegato, secondo l'A., con lo stato di contrazione dei muscoli viciniori. Difatti nelle fratture in cui questo stato di contrazione non esiste, il dolore può mancare.

In sostanza, le osservazioni del Waterston allontanerebbero ogni dubbio sull'esistenza nella pelle di un apparato dolorifico distinto da quello tattile. Verrebbe così a cadere la teoria che riteneva il meccanismo del dolore periferico funzione di una *sovrastimolazione* delle comuni terminazioni tattili, venendo invece confermate in parte le concessioni di Head, il quale ammetteva che la sensibilità *epicritica* — nel qual termine egli includeva il lieve toccamento e una parte delle sensazioni termiche — dipendesse da un sistema di fibre e di organi terminali differenti da quelli della *sensibilità protopatica* — e cioè del meccanismo del dolore e di una parte più ampia della sensibilità termica.

Teleologicamente parlando, il dolore deve essere considerato quale un meccanismo di difesa: sintomo per eccellenza degli stati morbosi, sui quali esso richiama l'attenzione del

paziente (e perciò del medico); pur avendo carattere primordiale, è ciò nonostante specializzato nelle sue sensazioni più di quel che non si creda. Sotto l'epitelio tattile della superficie corporea esiste uno strato di tessuto, il *corium*, fornito di nervi che rispondono ad un'ampia serie di stimoli: proteggono così l'organismo contro molti agenti offensivi esteriori. È questa probabilmente la più importante funzione del dolore.

G. La Cava.

Il fianco destro dolente.

(F. Ramond e H. Davy, *Presse Médicale*, 17 giugno 1933).

Il fianco destro dolente è molto frequente sopra tutto nelle donne. È costituito da quel complesso di sensazioni moleste, che i pazienti non sanno definire, e che si estendono dal margine costale destro fino alla fossa iliaca corrispondente, con due poli principali: l'appendice e la cistifellea.

I due grandi fattori del fianco destro doloroso sono le infiammazioni della cistifellea e dell'appendice.

La *cistifellea* è il più delle volte dolente per la presenza di calcoli, specie se infetti. Ma non è dubbio che esistono un gran numero di colecistiti non calcolose, senza contare i casi di cistifellee dolenti per distensione eccessiva, per inginocchiamento del dotto cistico, per atonia, per stiramenti da aderenze pericistiche.

Vi sono anche forme nelle quali manca ogni traccia di alterazione della cistifellea, ed allora il dolore è di origine riflessa, propagato al plesso nervoso pericistico da affezioni più o meno lontane.

Al riguardo sono da considerare innanzi tutto le lesioni duodenali e periduodenali. La duodenite assume un'importanza patologica sempre più importante. Numerose sono le osservazioni di ulcera duodenale tipica, nelle quali all'intervento chirurgico non si riscontra altro che una semplice congestione infiammatoria della mucosa: si hanno insomma pseudo-ulceri duodenali, come si hanno pseudo-ulceri gastriche da gastrite cronica ipertrofica.

Tali lesioni puramente infiammatorie danno quasi sempre un risentimento doloroso sulla cistifellea.

Le periduodeniti congenite hanno scarsa importanza clinica, mentre quelle acquisite, a reazione fibrosa, più spessa e più abbondante, per essere secondarie a ulceri a tendenza perforante o a colecistiti subacute o croniche provocano reazioni dolorose più o meno violente da parte della cistifellea.

L'ulcera gastrica, anche distante dal piloro, si accompagna molto spesso a dolore della cistifellea: dolore puramente riflesso o da infiammazione linfoangioitica del piccolo epiploon. Il dolore cistico è spesso più intenso dello stesso dolore dell'ulcera, ma varia da un giorno all'altro e non s'accompagna al segno respiratorio così utile per distinguere la vera colecistite dalla falsa. In effetti nella vera colecistite esiste una diminuzione marcata del mormorio vescicolare della base destra, percettibile sopra tutto lungo la linea ascellare posteriore durante la inspirazione debole e nei casi marcati anche nelle inspirazioni medie e forti.

Altri fattori del dolore cistico sono la litiasi del coledoco, le coledociti, le pancreatiti subacute, le adeniti retro-duodeno-piloriche, le reazioni peritoneali localizzate dovute ad una infezione a distanza o ad un'infezione specifica, come la sifilide e sopratutto la tubercolosi.

L'*appendicite* ed il suo corteo doloroso sono troppo classici per meritare una lunga trattazione sulla sua importanza nella genesi del fianco doloroso destro.

Ma oltre al punto appendicolare di MacBurney esiste un altro punto doloroso di speciale significato clinico, il punto celiaco destro o di Morris situato all'unione del terzo interno e dei due terzi esterni della linea che unisce l'ombelico con la spina iliaca anteriore superiore destra. Si nota molto frequentemente nei processi infiammatorî delle vicinanze, ma si nota anche nel corso di altre affezioni specie della colecistite. Per la sua banalità è analogo al punto epigastrico, ma per la sua vicinanza all'appendice è causa di molti errori. Molte appendiciti immaginarie sono dovute all'ignoranza del punto celiaco destro, come anche la frequenza della coesistenza della colecistite con l'appendicite è stata esagerata per la cattiva interpretazione di questo punto.

Più di rado il fianco doloroso destro è provocato dalla stasi colica destra, dalla dilatazione dolorosa del cieco, dalla ptosi e dalla mobilità del cieco, dal volvulo e dall'inginocchiamento del colon destro, dalle peritifliti, dalle pericoliti destre, dall'inginocchiamento dell'ansa dell'ileo, dall'epiploite cronica.

Vanno infine ricordate le diverse litiasi renali, le affezioni genito-urinarie, la cui azione è piuttosto limitata.

E di ciò è prova la rarità del risentimento sul fianco sinistro, quando l'affezione trovasi da questo lato. La ptosi del rene destro è sensibile solo quando v'ha infiammazione concomitante.

L'associazione appendicite-colecistite merita una speciale considerazione.

In questi casi le difficoltà cliniche provengono essenzialmente dal fatto che non sempre vi è una vera e propria associazione infiammatoria di ambo gli organi. Più frequentemente si ha la sola irradiazione dell'appendice alla cistifellea, o viceversa da questa all'appendice. Spesso capita che quando si è fatta diagnosi di una doppia infezione, l'operazione rivela che uno solo degli organi è leso. Si tratta di dolori riflessi che ricordano per la cistifellea i dolori biliari provocati dall'ulcera gastrica, e per l'appendice quelle irradiazioni verso il fianco sinistro note sotto il nome di

segno di Rovsing, il cui significato ha perduto la sua importanza primitiva.

In una buona metà di casi di colecistite o d'appendicite isolate il dolore esiste nei due punti appendicolare e cistico. In alcuni casi è presente il dolore spontaneo in ambo le parti, in altri il dolore diviene bipolare solo con la pressione dell'organo malato, ed infine in un terzo gruppo di casi il dolore si desta anche sull'organo sano quando sono sottoposti a pressione ambo le parti.

Quest'alternanza del dolore provocato o spontaneo è un buon sussidio diagnostico. Nei casi dubbî gli autori propongono di eseguire la prova seguente: si dà all'infermo un grammo di aspirina e dopo un quarto d'ora si riesaminano di nuovo le due regioni; se sono ambedue infiammate il dolore bipolare persiste semplicemente attenuato, se uno solo degli organi è infiammato il dolore persiste nella parte corrispondente ma scompare nella parte dell'organo sano.

In alcuni malgrado la forte intensità dei dolori in ambo le parti, all'operazione si trovano sane tanto l'appendice che la cistifellea. Si ha tendenza allora ad attribuire i dolori a disordini psichici. Ma questa diagnosi di comodo il più delle volte non corrisponde alla realtà dei fatti.

Altre cause possono provocare i dolori appendicolari e cistici, e tra queste vanno tenute presenti l'aumento dell'escrezione di sostanze irritanti da parte dello stomaco, del duodeno e dell'appendice, e le crisi congestizie dell'epatismo. Ambo le condizioni possono provocare dolori sul fianco destro. DR.

GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

L'aborto abituale.

(D. FRAENKEL. *Berichte über die Gesamte Gynec. und Geburtshilfe*, 22 Bnd., Heft 4, 1932).

Esso non è un'evenienza tanto rara, se Weber su 294 casi di aborto ne trovò ben 21 che si possono classificare fra quelli abituali (7.1%).

Fraenkel, seguendo Nürnberger, divide le cause dell'aborto abituale in due grandi categorie: stati patologici dell'uovo e stati patologici della madre.

Stati patologici dell'uovo: le ricerche anatomo-patologiche di His, Becher e altri su uova abortive giovani dimostrarono che molto spesso la causa dell'aborto è da ricercarsi in malconformazioni dell'embrione. Fra le caratteristiche più importanti si trova spesso un abnorme contrasto fra il diametro dell'uovo e quello dell'embrione, che spesso è appena visibile.

Fra questo e i suoi involucri vi è una grande indipendenza; ciò è dimostrato da quei casi nei quali, mentre l'embrione è morto e in avanzata degenerazione, gli involucri continuano in apparenza a svilupparsi normalmente. L'importanza causale di queste malattie dell'uovo è dimostrata dal Mall su un materiale di 33 uova patologiche provenienti da donne che prima avevano avuto gravidanze normali e poi aborti abituali.

Torsione del funicolo, abnorme brevità o lunghezza di esso, possono pure essere causa di aborto abituale. Alterazioni dell'amnios, idramnios primario, non dovrebbero avere grande importanza quale causa di aborto abituale, mentre alterazioni della struttura normale e della sede della placenta sono spesso invocate come causa di aborto. Estesi infarti bianchi della placenta impedirebbero uno sviluppo normale del feto, mentre le concrezioni calcaree sarebbero senza importanza. Franqué ha dimostrato che si può avere la morte del feto anche senza la presenza di estesi infarti: questa sarebbe dovuta a processi endoflebitici ed endoarteritici consistenti in proliferazione dell'intima ed in degenerazione ialina di tutta la parete vasale che porterebbe all'occlusione completa del lume.

Ricerche di Henkel misero in evidenza alterazioni di sviluppo e di struttura sia dei vasi dei villi sia dello stroma di essi.

Aschner emette l'ipotesi che l'aborto abituale sia spesso dovuto ad una malattia primitiva della placenta. La fissazione dell'uovo nel segmento inferiore sarebbe causa d'aborto secondo Rhenter e Pigeaud che esaminarono 100 uova abortive sotto questo punto di vista.

Stati patologici della madre: Solo in un numero esiguo di casi si può trovare l'endometrite come causa dell'aborto abituale; la questione se l'uovo fecondato possa annidarsi in una decidua infiammata può considerarsi ormai risolta in senso affermativo (Schröder, Bumm). Processi flogistici della decidua possono dar luogo a necrosi, emorragie e trombosi dei vasi utero-placentari; l'iperplasia dell'endometrio, dovuta alla mancanza dello scoppio dei follicoli, è di solito accompagnata da sterilità.

Notevole importanza nell'eziologia dell'aborto abituale hanno le alterazioni del miometrio; ed è naturale, dato che è ormai accertato che il proseguimento indisturbato della gravidanza dipende in gran parte da una normale costituzione anatomica e funzionale della muscolatura uterina. Miometriti acute sono spesso causa di aborto; nei casi di mioma l'aborto non sarebbe più frequente del solito. La gravida portatrice di miomi va spesso soggetta nei primi mesi a perdite sanguigne in corrispondenza dell'epoca mestruale.

Le alterazioni dello stato di tensione funzionale dell'utero hanno certamente una notevole importanza quale causa di aborto abituale: specialmente nei casi di neurosi vegetative è dato spesso osservare contrazioni spastiche e dolorose della muscolatura della sfera genitale, dell'intestino e della vescica.

Un'altra causa frequente di aborto è data dalla malformazione dell'utero e dalle sue deviazioni di posizione; specialmente la retroversione sarebbe, secondo Küstner, causa di molti aborti al II e III mese; l'utero acquisterebbe in questi casi una particolare sensibilità. Lacerazioni cervicali, amputazioni alte della portio, incisioni profonde del collo in occasione di parti, hanno pure la loro importanza nell'eziologia dell'aborto abituale. Non è dato ancora conoscere con certezza se il taglio cesareo vaginale e la cicatrice dell'utero nel taglio cesareo addominale predispongano all'aborto ed al parto prematuro; è pure insoluta la questione se aborti provocati predispongano a parti prematuri. Rusin, che ha raccolto numeroso materiale in Russia, troverebbe un aumento dei parti prematuri in molte di quelle donne che si erano fatte fare numerose interruzioni di gravidanza.

Come momento causale dell'aborto abituale non dobbiamo dimenticare i processi flogistici acuti e cronici del genitale; se si inizia in tali casi una gravidanza, questa può proseguire fino al termine, ma frequentemente si interrompe prima. Kleinwächter cita il caso di una donna che aveva un essudato parametriale e che abortì spontaneamente 3 volte in nove mesi. In questi casi l'aborto sarebbe dovuto al trapasso del processo infiammatorio all'endometrio. In qualche caso può succedere che l'utero abbia contratto tali aderenze con gli organi vicini, che gli sia impossibile di espandersi. Kleinwächter cita il caso di 3 donne che avevano un utero così tenacemente fissato che neppure ripetute gravidanze erano riuscite a renderlo più mobile. Illic cita un caso in cui la causa dell'aborto abituale, era dovuta alla presenza di un corpo estraneo nel cavo addominale. All'atto operativo si trovò all'altezza del promontorio un pezzo di matita lungo 5 cm. disposto in maniera da irritare continuamente l'utero.

Fistole urogenitali, processi flogistici del bacinetto possono provocare pure l'interruzione della gravidanza. Queste ultime però, più per la febbre alta e per le tossine riassorbite che per la malattia stessa. Nelle malattie del parenchima renale la gravidanza è di solito minacciata verso gli ultimi mesi; la distopia del rene può pure esser causa di aborto.

Nei casi gravi di appendicite e gravidanza si ha nel 50 % dei casi l'interruzione di questa; nelle appendiciti catarrali la gestazione prosegue indisturbata. Römer descrive un caso di aborto abituale in cui non si riuscì a scoprire alcuna causa all'infuori di un pregresso attacco appendicolare.

I vizi di cuore non portano di solito all'interruzione prematura della gestazione; Jaschke, Fromme e Seitz trovarono l'aborto spontaneo solo nel 4-8 % dei casi ed il parto prematuro nel 5-9 %. L'interruzione della gravidanza nei vizi cardiaci scompensati, si spiega facilmente con la possibilità di emorragie da stasi nella decidua, emorragie retroplacentari e con la contemporanea presenza di una lesione renale.

Daneff e Dengler studiarono l'importanza dell'aumento di pressione del sistema vascolare quale causa di aborto abituale. Nell'ipertonia le arterie che sono rigide e ristrette non possono portare agli organi la quantità di sangue necessaria: per conseguenza la placenta viene insufficientemente nutrita, può andare lentamente in necrosi: si ha così la morte del feto.

Malattie dell'apparato respiratorio, accompagnate da forti rialzi termici, possono provocare l'interruzione della gravidanza perfino nel 50 % dei casi (polmonite); un nesso causale tra aborto abituale e malattie dell'apparato respiratorio si potè constatare solamente per l'asma bronchiale e per la bronchite cronica accompagnata da enfisema. Kaminer cita il caso di una donna la quale abortiva dopo gli accessi asmatici; Kleinwächter quello di una paziente che aveva partorito sei volte a termine: abortì 3 volte da quando fu affetta da bronchite cronica con enfisema.

Si ammette oggi che il corpo luteo abbia durante la gravidanza due funzioni: 1° protettiva sull'uovo, rispettivamente sulla decidua; 2° sull'utero nel senso che lo manterrebbe in uno stato di riposo (Knaus). Non si è riusciti però ancora a dimostrare se esiste un nesso fra ipo-, iper- e disfunzione del corpo luteo e interruzione prematura della gravidanza. Pare invece molto più giustificata l'ipotesi che l'insufficienza ovarica abbia una grande importanza nell'eziologia dell'aborto abituale. Ricerche sulle cause endocrine della sterilità hanno dimostrato che donne con insufficienza ovarica hanno più tendenza all'aborto abituale di quelle affette da alterazioni della tiroide o dell'ipofisi. In molti casi di aborto abituale a eziologia non chiara, la somministrazione di preparati ovarici avrebbe dato buoni risultati.

Secondo certi AA. l'ipofunzione della tiroide sarebbe spesso in gioco nei casi di aborto abituale ad eziologia oscura; i successi ottenuti in questi casi con la terapia iodica sarebbero da attribuirsi, secondo Sänger e Novak, ad un'influenza di questa sull'ipofunzione tiroidea.

L'importanza del morbo di Basedow quale causa di aborto abituale, non è chiara. L'importanza dell'ipertireosi venne recentemente sperimentata sugli animali da G. Döderlein: egli osservò che la somministrazione di tiroidina dopo iniziata la gravidanza, provocava l'aborto.

La donna gravida abbisogna di tutte le vitamine; un posto speciale occupa la vitamina D per le sue strette relazioni col ricambio del calcio e del fosforo. Un compito importante spetta pure alla vitamina E. Ricerche su animali hanno dimostrato che la mancanza di questa vitamina è causa di aborto e di morte

endouterina del feto. La vitamina D prolungherebbe la durata della gravidanza e provocherebbe un accrescimento più rapido del contenuto endouterino. Una grande deficienza di vitamine danneggia il feto: si può avere il cosidetto parto prematuro avitaminico. La causa della interruzione della gravidanza per mancanza di vitamina E, sarebbe da ricercarsi, secondo Lyon, in processi degenerativi dell'ovaia ed in un'atrofia dell'endometrio.

Anche se finora non è ben chiaro a quale determinata vitamina si debba attribuire importanza causale, pure non si può negare la loro influenza sia sullo sviluppo del feto che sulla conservazione della gravidanza. In ogni caso di aborto abituale si dovrebbe pensare a carenza vitaminica. La somministrazione delle vitamine può venir effettuata facendo prendere alla gravida 3 cucchiai al giorno di olio di fegato di merluzzo.

La lue avrebbe scarsa importanza come causa determinante l'aborto nei primi mesi di gravidanza, mentre eserciterebbe un'influenza deleteria nelle gravidanze più avanzate. Döderlein arriva perfino a negare che la lue possa essere causa d'aborto nei primi 4 mesi. Interessanti sono le osservazioni di Dexeus Font: egli avrebbe osservato che alcune donne che non presentavano clinicamente e sierologicamente alcun segno di sifilide, partorivano feti macerati la cui placenta presentava le stesse alterazioni che si sogliono trovare nelle placente luetiche; sebbene la sierodiagnosi tanto dei genitori che dei figli viventi avesse dato sempre esito negativo, pure egli sottopose i coniugi ad una cura specifica, dopo la quale tutti i figli vennero partoriti sani.

L'A. conclude dicendo che il risultato favorevole della cura pare confermare la natura specifica della malattia.

Alcoolismo e morfinismo pare non abbiano grande importanza nell'eziologia dell'aborto abituale.

Nelle lavoratrici di tabacco, vi sarebbe una grande frequenza di aborti spontanei e l'insorgenza frequente di cerviciti ed endometriti; altri AA. non confermano questi dati.

Certe intossicazioni (piombo, mercurio, solfuro di carbonio) predispongono certamente all'aborto: perciò in queste industrie non dovrebbero venir occupate operaie gravide.

Donne predisposte ad aborti devono evitare ogni sorta di traumi, anche piccoli: scosse, salti, viaggi in ferrovia, lavoro con la macchina a pedale. Fra i traumi dobbiamo annoverare anche il coito. Che questo abbia la sua importanza basta a dimostrarlo il fatto che, proibendolo, certe donne che abortivano abitualmente, riuscivano a portare a termine la gravidanza. È ancora *sub judice* la questione se il riassorbimento di sperma, dopo avvenuta la fecondazione, possa avere azione abortiva. Secondo Ardelt e Rapp non vi sarebbe alcun dubbio che lo sperma possa venire riassorbito, specialmente dalla mucosa uterina; secondo questi AA. ogni coito agirebbe come un'iniezione di sperma. Con iniezioni di siero di maschi non castrati Butomo potè provocare nelle coniglie gravide l'aborto e la morte del feto. Con iniezioni di sperma si potè pure ottenere una sterilizzazione temporanea; per ciò non si può non prendere in considerazione la possibilità di un'azione spermotossica sull'uovo impiantato specialmente nel caso che la donna abbia rapporti con più uomini.

I traumi psichici violenti possono provocare contrazioni della muscolatura liscia di molti organi e perciò anche di quella dell'utero; la paura ed il dolore possono provocare una iperemia viscerale che può esercitare un'azione sfavorevole sull'utero gravido.

Venne studiato se una lunga attività svolta in un istituto Röntgen potesse produrre delle alterazioni germinali e una frequenza di aborti. Naujoks studiò la fertilità e la discendenza delle assistenti radiologiche: in un'assistente la prima gravidanza terminò con l'aborto; la seconda partorì un feto malconformato e non vitale. In un secondo caso l'assistente ebbe (senza causa apparente) un parto prematuro: il bambino era imbecille e morì; nei due parti successivi ella diede alla luce bambini normali.

Torre Blanco si occupa dei danni che i raggi Röntgen possono provocare sul maschio e riporta il caso di un radiologo il quale fu costretto ad abbandonare la professione per le alterazioni cutanee che gli avevano provocato i raggi; durante il periodo della sua massima attività il matrimonio rimase sterile; quando il radiologo abbandonò il lavoro e le sue condizioni migliorarono, la moglie rimase gravida ma partorì feti morti. Dopo un ulteriore miglioramento del marito la donna rimase nuovamente gravida e partorì un feto sano.

Donne affette da diabete raramente (5 % sec. Seitz) restano gravide: quando ciò succede, si ha la morte del 50 % dei feti. Interruzioni abituali della gravidanza sono molto frequenti in questi casi. Nothmann cita un caso in cui una diabetica che aveva avuto 3 aborti spontanei, partorì a termine sottoponendosi alla cura insulinica durante tutta la gravidanza.

DUCA.

I disturbi della menopausa. Come interpretarli e come alleviarli.

(H. VIGNES. *Presse Méd.*, 10 giugno 1933).

Bisogna tenere gran conto della soppressione del flusso mestruale per interpretare i disturbi legati alla menopausa. L'abolizione dell'utero con conservazione delle ovaia o con innesto ovarico si accompagna abitualmente con gli stessi disturbi cui vanno incontro le

donne castrate. Alcuni avrebbero osservato che la conservazione dell'ovario rende i disturbi più discreti, ma questo beneficio, se esiste, è l'A. non lo ha mai osservato. è molto raro. Se invece si conserva l'utero e si fa un innesto ovarico si osserva che la donna per un certo periodo presenta gli stessi disturbi dei soggetti castrati, poi, quando l'ovaio si è adattato nel suo nuovo nido e ricompare la mestruazione, i disturbi scompaiono immediatamente. Ed è curioso osservare che i disturbi scompaiono non quando l'ovaio ricomincia a presentare i suoi aumenti di volume periodici, ma esattamente quando ricompare la mestruazione. Bisogna dunque riconoscere l'importanza della amenorrea come causa determinante dei disturbi della castrazione e della menopausa.

La regressione dei caratteri sessuali secondari che si accompagna alla menopausa naturale può portare ad un certo mascolinismo dovuto ad un eccesso di funzione delle surrenali, ma questa eventualità è rara. La donna di regola non prende il tipo mascolino, ma si avvicina al tipo sessuale indifferente, per cui essa perde rapidamente ogni attrattiva.

La menopausa spontanea ha relativamente poca influenza sull'istinto sessuale, forse in molte donne esso diviene meno imperioso, ma in altre si produce una momentanea esasperazione della sessualità, una bulimia sessuale. Dal momento in cui l'ovario ha erotizzato il sistema nervoso, sono le condizioni psichiche più che l'increto ovarico che regolano l'istinto sessuale e l'abitudine sessuale persiste quando l'ovario non funziona più.

Contemporaneamente alla cessazione del funzionamento dell'ovario in quanto ghiandola genitale, si assiste alla cessazione dei suoi effetti di stimolazione per tutto l'organismo, donde una diminuzione delle combustioni, l'ingrassamento, l'astenia muscolare, ecc. Contemporaneamente si verifica una iperattività della tiroide, dell'ipofisi e della surrenale.

Dalla iperattività tiro-ipofiso-surrenale derivano vari inconvenienti: le crisi di vaso-dilatazione, causate dalla iperattività tiroidea, le crisi di tachicardia che riconoscono la stessa origine, l'ipertensione legata all'attività dalla surrenale, certe cefalee dipendenti da ipertrofia dell'ipofisi. Parallelamente a queste reazioni endocrine si producono, per crisi, degli stati di eccitazione del sistema nervoso vegetativo, che rivestono l'aspetto di ipervagotonia e più spesso di ipersimpaticotonia.

Due ipotesi spiegano la iperattività dell'ipofisi, della surrenale, della tiroide e del simpatico:

1° secondo una prima teoria si ammette che vi sia antagonismo fra le ghiandole del consumo (tiroide, surreni, ipofisi) e le ghiandole moderatrici (pancreas, ovario); soppresso l'ovario si scatenerebbero le ghiandole antagoniste;

2° un'altra teoria suppone che l'ovario sia anch'esso una ghiandola di consumo e che, una volta soppresso, venga rimpiazzato dalle altre ghiandole.

Si osservano anche, all'epoca della menopausa naturale o dopo castrazione, disturbi mentali vari. Essi risultano da due ordini di fatti opposti: fatti depressivi primitivi legati alla soppressione dell'ovario, e fatti di eccitazione secondari, legati ad una reazione.

Per quanto i disturbi della menopausa siano transitori, dato che in uno o due anni o prima si ha un adattamento, non è per ciò meno importante cercare di alleviare i disturbi.

Gli effetti benefici della terapia ovarica *per os* o per iniezione sono reali, ma sono rari. Alcuni hanno insistito sulla necessità di un trattamento molto prolungato, ma in malattie transitorie ci si può sempre domandare se i benefici di una cura prolungata non siano effetti del tempo. Inoltre la terapia ovarica è un'arma a doppio taglio. Spesso provoca congestioni facciali esattamente simili a quelle che ci si propone di combattere, talora provoca disturbi di altro genere. La terapia ovarica va dunque provata ma sorvegliandone gli effetti ed il trattamento deve esser discontinuo. È poi razionale prescrivere la terapia ovarica in tutti i casi di scomparsa della mestruazione? L'A. considera parecchi casi. Quando si estirpano le ovaia conservando l'utero, può essere utile somministrare un estratto ovarico molto attivo per ristabilire le regole o anche un'associazione di follicolina e luteina. Quando si è praticata l'isterectomia sarà logico tentare l'opoterapia nei casi in cui la donna è depressa, eseguendo il trattamento in modo discontinuo e sorvegliandone gli effetti. Nella menopausa naturale il problema è più complesso. Sarebbe bello ottenere la continuazione della maturazione dei follicoli e una perpetua giovinezza, ma nè l'opoterapia ovarica nè l'opoterapia preipofisaria hanno dimostrato finora un tale potere ed i risultati di tali terapie sono infinitamente rari.

Sarà utile saggiare i tonici (vino, alcool, tè, caffè a piccole dosi). Nelle donne che restano depresse, che hanno un metabolismo basale abbassato, si potrà tentare di prescrivere la tiroidina a piccole dosi, sorvegliandone molto l'impiego. Saranno poi utili i medicamenti capaci di frenare le reazioni endocrine di compenso (radioterapia della tiroide e dell'ipofisi, bromuri alcalini, radioterapia del simpatico e delle surrenali, valeriana, belladonna, gardenal), a seconda che esista ipervagotonia o ipersimpaticotonia. Anche l'idroterapia potrà essere utile, il soggiorno in un clima sedativo, ecc.

Il regime dovrà essere sufficiente, ma stret-

tamente sufficiente, evitando ogni eccesso che risulterebbe dannoso e tenendo conto non soltanto della quantità ma anche della qualità degli alimenti. Il regime non dovrà essere ricco di sostanze azotate e devono specialmente essere evitate le sostanze ricche di nucleine.

Data la soppressione delle emorragie mestruali, può essere utile il salasso periodico, ma l'A. preferisce la medicazione purgativa, facendo ingerire a data fissa del solfato di soda in modo da ottenere due o tre scariche liquide.

C. TOSCANO.

Le complicazioni infiammatorie della curieterapia nel carcinoma del collo dell'utero; tecnica delle applicazioni di radium.

(BERNARD. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, dicembre 1932).

L'A. ricorda gl'incidenti di natura infiammatoria che seguono alle applicazioni di radium secondo la tecnica comune: temperatura che si eleva sui 38°, dolorabilità dei parametri e più raramente vomito, decadimento delle condizioni generali, reazione peritoneale; infine gravi ricadute di processi infettivi locali e insorgenza di peritoniti mortali.

La tecnica dell'applicazione ha in ciò la più grande importanza; le reazioni infiammatorie insorgono più facilmente quando nelle applicazioni di radium si ricorre alla dilatazione del collo ed è quindi da ritenersi che il fattore trauma favorisce lo stabilirsi di reazioni infiammatorie; l'azione del radium sarebbe scarsa nella provocazione di tali processi.

L'A. fa precedere, all'applicazione dei tubi radiferi, lavaggi con liquido di Dakin per più giorni e l'elettrocoagulazione in presenza di masse vegetanti. Dopo aver collocato in sito la sonda uterina ed il colpostato con i tubi radiferi, applica due drenaggi tubulari di piccolo calibro immobilizzati al fondo della vagina da due-tre compresse poco stipate; in seguito, nello spazio di 20 ore, si fanno 4 o 5 lavaggi; le garze vengono rinnovate ogni due giorni senza rimuovere l'apparecchio radifero; si favorisce così il deflusso dei prodotti desquamativi della vagina e del materiale settico canceroso.

Con il metodo descritto l'A. afferma di ridurre al minimo, grazie all'assenza del traumatismo quotidiano, le reazioni infiammatorie così frequenti nelle irradiazioni frazionate.

Tali reazioni debbono attribuirsi a linfangioiti dei parametri e conseguente reazione peritoneale.

Infine segnala un gruppo di reazioni infiammatorie costituito da salpingiti, accompagnate da segni di peritonismo, che non regrediscono con l'interruzione del trattamento. La continuazione della cura diviene impossibile, le condizioni generali dell'ammalata peggiorano fino a condurla a morte.

Per la cura della complicazione annessiale, consiglia la salpingectomia con drenaggio Mikulicz; dopo tre giorni dall'intervento si può riprendere la curieterapia; così l'A. ha trattato 2 casi con successo.

Nella discussione Laborde riferisce sulle indagini compiute nell'Istituto del cancro; i risultati delle ricerche batteriologiche hanno rivelato che epiteliomi della portio limitati possono esser sede di germi patogeni virulentissimi; al contrario alcuni carcinomi vegetanti accolgono solo batteri saprofiti.

Prevalenti su tutti gli altri: strepto-enterococchi e stafilococchi aerobi, streptococchi anaerobi; in scarsa quantità, per ordine di frequenza, il bacillus perfringes, colibacilli, i pseudodifterici, il bacillus putrificus.

È del parere che l'irradiazione diminuendo i poteri generali e locali di difesa, esalti la virulenza dei germi e ne permetta uno sviluppo rigoglioso; l'elettrocoagulazione e lo scucchiaiamento sembrano favorevoli all'esaltazione; azione affatto superficiale ha la disinfezione locale con la tintura di iodio, tripaflavina, blu di metilene, acetone ed altri antisettici.

Tentativi con la vaccinoterapia e sieroterapia sono stati effettuati con buoni risultati.

La dilatazione del collo con Hégar nelle applicazioni dei tubi radiferi può rappresentare una causa di gravi complicazioni settiche; a tale proposito è del parere che non si debba andare oltre il n. 6; per misura di prudenza l'A. applica il radium 24 ore dopo la dilatazione del collo per assicurarsi dell'assenza di eventuali processi febbrili.

Petit Dutaillis riferisce che i carcinomi di 2° e 3° grado sono sempre infetti; la mortalità di queste categorie di casi sottoposti a radiumterapia oscilla dal 2 al 7 % ed è dovuta all'aggravarsi di questo stato settico. Le setticemie e le peritoniti mortali attribuite alle applicazioni di radium non si avverano se si è fatto precedere lo scucchiaiamento e la cauterizzazione del tessuto neoplastico disfatto; questa precauzione chiude le vie di assorbimento.

L'elettrocoagulazione diatermica, secondo Petit Dutaillis, è meno adatta della cauterizzazione perchè la sua azione può essere più profonda di quanto occorra; la cauterizzazione, malgrado la sua apparente intensità di azione, è meno lesiva.

L'apparecchio usato per la fissazione dei tubi radiferi al fondo della vagina è costituito da gomma ed è fornito di due drenaggi che permettono il lavaggio; così l'apparato radifero rimane in sito per tutto il tempo dell'irradiazione senza che vi sia bisogno di sostituzioni; l'uso della gomma permette un facile deflusso del materiale settico e l'attuazione di ripetuti lavaggi.

CHIMENTI.

DIVAGAZIONI.

Le conseguenze della poltroneria.

Ciascuno di noi ha presente quei tipi di grassi flaccidi, dal colorito pallido, dai movimenti torpidi, piccoli commercianti spesso rintanati in fondaci, impiegati od altri che, per professione e soprattutto per tendenza, fanno una vita quanto mai sedentaria, non si scomodano per nulla, associando il torpore psichico a quello fisico. Ma, come l'eccessivo lavoro sfibra ed usura l'organismo, anche la poltroneria ha i suoi guai e le sue malattie.

In questi individui, gli scambi respiratori ed il metabolismo, l'assorbimento di ossigeno e l'eliminazione di acido carbonico sono ridottissimi; il sangue ha un carattere spiccatamente venoso. Ne consegue una trasudazione plasmatica negli spazi interstiziali; il tessuto cellulare non è infiltrato di adipe, ma di acqua, sicchè tali individui, più che degli obesi sono, come li chiama con espressione pittoresca Bogey (rif. in *Ann. di medicina navale e col.*, maggio-giugno 1933) degli « spugnosi ».

In seguito all'abbondante infiltrato linfatico, si manifestano delle algie ostinate che rammentano le celluliti, ma se ne differenziano perchè non esistono fatti infiammatori. Alla palpazione si avvertono delle piastre irregolari, talora molli come edematose che non prendono però l'impronta della pressione, più raramente dure, ma sempre dolenti alla pressione.

Se la sedentarietà si protrae a lungo, l'infiltrazione diventa anche umorale e si risveglia un dolore latente all'atto di ogni movimento. Tali infiltrati non hanno tendenza al riassorbimento ed invece si organizzano e diventano cronici, dando così delle forme pseudonevralgiche le quali simulano il torcicollo, l'artrite cervicale, l'emicrania, le neuralgie intercostali, la lombaggine, la sciatica. Bisogna anche pensare alla pannicolite adiposa, all'adiposi dolorosa, agli edemi localizzati di Quincke.

Tali individui sono sempre stati considerati come degli obesi con reumatismo cronico, ma non vi si trovano affatto manifestazioni articolari. Varie sono invece le associazioni morbose, in rapporto con l'immobilità. Dispepsia per atonia muscolare delle pareti gastriche, per insufficiente irrigazione ghiandolare; costipazione per atonia intestinale ed insufficienza epatica. Fegato spesso ingrossato, ma non duro, con sensibilità profonda alla palpazione; regione celiaca spesso dolente, eruzioni di orticaria, emicranie, asma, generalmente compagne della insufficienza epatica. Non è rara una certa congestione alle basi polmonari; cuore e reni senza alterazioni.

La vita sedentaria non è la sola causa di tali disturbi, ma devono esistere delle condizioni predisponenti, fra cui vanno annoverati l'alcoolismo cronico, la sifilide, la disposizione tubercolare e specialmente la elastopatia o deficienza globale ereditaria del tessuto elastico, la quale è all'origine di molte ptosi, ernie, varici, dilazioni gastriche, enfisemi, smagliature cutanee. Vi si possono aggiungere come cause predisponenti le cardiopatie latenti e l'insufficienza renale.

La causa essenziale ne consiste però nella sedentarietà per cui si riduce l'introduzione di ossigeno e l'eliminazione di CO_2; si viene così a stabilire uno stadio di acidità umorale, che cagiona a sua volta l'idrofilia dei tessuti, mentre l'immobilità delle masse muscolari favorisce meccanicamente l'infiltrazione.

Come cura, l'A. consiglia l'esercizio fisico, consistente più che altro nel camminare metodico e nello sgranchirsi del tronco e degli arti. Utile è anche il massaggio. Ma indubbiamente queste cure così semplici ed efficaci saranno sempre rese difficili dal torpore psichico di questi individui che è forse la base delle loro condizioni di vita. *fil.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Lorenzini G. *Lezioni sull'alimentazione. Fisiologia e regime.* Vol. in-8° di pag. 392. Libreria Bocca, Milano. (Ediz. francese: Masson & C., Parigi), 1933. L. 30.

In questo bel libro organicamente pensato e ordinatamente scritto, il Lorenzini ha svolto pianamente e molto lucidamente in una serie di lezioni i problemi più importanti dell'alimentazione. Egli li ha considerati evidentemente dal punto di vista della chimica biologica pensando che ogni profonda conoscenza della dietetica, abbia come premessa una conoscenza esatta del biochimismo organico. Non è possibile infatti pensare che si possa scientificamente parlare di dietetica e di igiene alimentare senza essere informati perfettamente sulle leggi che reggono i rapporti del ricambio, sulle eventuali deviazioni del metabolismo e sui fatti che determinano la scienza e la misura nella quale i singoli alimenti possono essere, in varie condizioni fisiologiche o patologiche, sicuramente utilizzabili. Il Lorenzini si è proposto di esporre scientificamente questi dati relativi al biochimismo organico e di dimostrare come essi formino l'anello di congiunzione fra la biochimica e la clinica. Ha esposto dapprima, fedele a questo programma, in cinque capitoli il metabolismo dell'acqua, delle sostanze minerali, degli idrati di carbonio, dei grassi e dei lipoidi, e delle sostanze proteiche: quindi ha studiato i fattori regolatori degli scambi nutritivi, enzimi, ormoni, vitamine, sistema nervoso, trattando dell'azione di questo sulle glandole esocrine ed endocrine; poi è passato a studiare gli alimenti classificandoli secondo la loro composizione, il loro valore e la loro utilizzazione e qui è fatto posto alle leggi dell'isodinamia e

del minimo che, si può dire, reggono la fisiologia alimentare. Intorno la composizione degli alimenti vi sono indicazioni brevi, concise, ma esatte e chiarissime, così da poter essere di guida a chi voglia rapidamente essere informato. Poi nelle successive lezioni si tratta diffusamente della razione di mantenimento, dell'alimentazione della prima infanzia ed adolescenza, dell'età adulta e della vecchiaia mettendo sempre chiaramente in vista la differenza del problema in varie regioni e sotto varie condizioni di vita. Infine si parla della terapia alimentare nelle malattie, del regime del lattante e del bambino malato e dei regimi particolari nelle malattie del ricambio, dell'apparato gastro-intestinale, nelle tubercolosi e via discorrendo.

Nelle ultime pagine in una rapida sintesi sono riuniti i principali risultati degli studi e delle osservazioni esposte.

Il libro, che era stato già pubblicato a Parigi in un'edizione francese accolta con grande favore, troverà certo anche in Italia fra i medici italiani un'accoglienza degna. Esso è ricco di dati preziosi, di osservazioni interessanti, di conclusioni logicamente chiare e convincenti: è scritto, ciò che mi sembra particolarmente importante di rilevare, dato l'argomento del quale si tratta, con molta semplicità, senza inutile sfoggio di formule, con un ordinamento della materia così razionale da far sì che esso riesca non solo utilissimo, ma di piacevole lettura. Un bel libro dunque che merita di trovar posto sul tavolo da studio del medico e di essere letto e studiato con attenzione e consultato con molto interesse.

A. CASTIGLIONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

HOLFELDER-HOLTHUSEN-JÜNGLING-SCHINTZ. *Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung.* Volume VI. Pag. 650 con 469 fig. Thieme, ed. Lipsia, 1933. Marchi 72.

Il 6° volume degli « Ergebnisse » pubblicati sotto la direzione dei 4 radiologi suddetti contiene delle monografie interessanti: i precedenti volumi sono ben noti ai radiologi. Questo nuovo volume porta come primo lavoro quello di Reisner sull'eritema cutaneo; e poi quello di Schumacher sulla diagnosi radiologica di gravidanza; di Velde sulle pliche gastriche nell'anemia perniciosa; di Haring sulle malattie del pancreas dal punto di vista radiologico; di Bayer e Pansdorf sui diverticoli del canal digerente; di Teschendorf sull'immagine radiologica dell'ulcera pilorica e prepilorica; di Günther sulla röntgenterapia dell'artrite deformante.

Belle e chiare figure e nitida stampa, pregio anche questo del nuovo volume edito da Thieme. I radiologi, che ai volumi degli Ergebnisse ricorrono volentieri per conoscere a fondo certi argomenti aggiornati e completati nella letteratura, accoglieranno con piacere questo nuovo volume della collana di Thieme.

E. MILANI.

VIGI e LASCHI. *La radiologia in otorinolaringologia.* Parte II. Pag. 235 con fig. 91. Cappelli, 1933. L. 30.

Il nuovo volume del Vigi e Laschi, pubblicato in questi giorni dall'editore Cappelli, costituisce la II^a parte dell'argomento e tratta della faringe, dell'esofago, laringe, trachea, bronchi. Buoni radiogrammi sono intercalati nel testo.

Ogni capitolo è preceduto da brevi notizie di tecnica per l'esame, quindi viene trattata l'anatomia normale e radiologica della faringe e dell'esofago, del faringe, della trachea e dei bronchi: dopo alcuni cenni di fisiologia, largo posto viene dato alla trattazione della parte patologica.

Il libro si raccomanda agli specialisti otoiatri e ai radiologi per la completa trattazione e l'aggiornamento degli argomenti.

E. MILANI.

G. BIZZARRINI. *Longevità.* Vol. di pp. 202, Edit. Giusti, Livorno, 1933. Prezzo L. 9.

Scopo dell'A. è stato quello di esporre al pubblico le norme più importanti dell'eubiotica, basata sulla conoscenza dei principali precetti di igiene fisica, psichica e sessuale e delle norme per la lotta contro il cancro, la tubercolosi e le malattie veneree.

Il libro, scritto in forma agevole e chiara, alla portata di tutti, realizza pienamente lo scopo dell'A. e si legge con piacere ed interesse perchè ricco di insegnamenti utili per conservare la salute e prolungare quindi la vita.

G. PACETTO.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 maggio 1933.

Presiede il prof. S. Baglioni, presidente.

Ancora sull'azione correttiva di alcuni metalli in caso di deficienza del fattore E.

Prof. V. Zagami. — L'O. riferisce i risultati di esperienze eseguite in continuazione di altre precedenti. Questi, non solo confermano i primi, nei riguardi dell'azione correttiva favorevole esercitata dallo zinco e dal rame insieme, sui fenomeni da deficienza del fattore E, ma li estendono, dimostrando che una eguale azione è esercitata pure dal solo rame o dal solo zinco.

Il metabolismo basale nei portatori di tumori maligni prima e dopo la loro asportazione.

Prof. V. Jura. — L'O. ha ricercato il comportamento del metabolismo basale in 19 pazienti affetti da tumori maligni: la maggior parte di essi si riferiva a carcinomi della mammella.

In quasi tutti il metabolismo basale pre-operatorio era in aumento, meno che in una osservazione di epitelioma del prepuzio (+ 7) ed in un caso di epitelioma mammario ulcerato (— 11).

L'O. potè studiare in 16 in questi casi il metabolismo basale dopo l'operazione per un lasso di tempo minimo di 4 giorni ed un massimo di un mese, e ripetendo gli esami possibilmente ogni giorno secondo, che lo permetteva il decorso postoperatorio dell'ammalato.

In tutti i casi guariti per prima, nei quali fu potuto asportare il tumore con le metastasi, il metabolismo 24 ore dopo l'operazione si ridusse al disotto del normale; pressochè in tali condizioni restò fino a 9-15 giorni dopo l'operazione, rientrando di poi in limiti ritenuti normali. Nel caso di epitelioma mammario ulcerato, essendosi infettata la ferita operatoria, il metabolismo basale per un periodo di 10-12 giorni aumentò.

Nei pochi casi, nei quali la cifra di metabolismo pre-operatoria diminuì leggermente o niente si potè provare o che il tumore non era stato potuto asportare del tutto, o che esistevano metastasi clinicamente non dimostrate e rilevate all'autopsia.

Ossaluria e parassitosi intestinale.

Prof. V. Giudiceandrea. — L'O. dopo avere accennato alle discussioni intorno alla patogenesi dell'ossaluria, che alcuni ritengono effetto di una particolare alterazione del ricambio ed altri una possibile manifestazione di condizioni morbose diverse, specialmente degli organi digerenti, ha confermato, per osservazioni proprie, che esiste realmente un gruppo di casi in cui l'ossaluria è in rapporto con la dispepsia gastrica da ipocloridria, e che rapidamente migliorino con l'uso dell'acido idroclorico.

Per l'intestino, dopo cenni sulle esperienze di alcuni osservatori sull'azione ossaligena di alcuni germi, l'O. ha riferito su molti casi, da lui osservati, di coincidenza di parassitosi intestinale (da Chilomastix, Ameba coli, A. istolitica, Lamblia, Tricocefalo, Blastocisti, Endolimax nano) e ossaluria, che in parecchi dei medesimi si ridusse o cessò dopo la cura.

Richiama perciò l'attenzione su tali possibilità, sia per l'interesse della pratica che per lo studio patogenetico dell'ossaluria.

Discussione: proff. Puntoni e Penso.

Il Presidente prega l'Accademia di voler concedere al socio prof. Arloing di fare la sua conferenza, di cui demmo già notizia (p. 919). L'Accademia accoglie applaudendo la proposta ed il prof. Arloing ha la parola.

Alla fine della sua conferenza sui virus filtrabili il prof. Arloing è vivamente complimentato, ed il Presidente, prof. Baglioni, gli rivolge particolari espressioni di ringraziamento.

Prof. A. Cassuto. — *Terapia incruenta dell'ipertrofia della prostata, dieresi elettrica per le vie naturali: risultati dopo 9 anni di esperienze.*

Metodi e direttive nella diagnosi clinica delle neoplasie gomme e cisti del polmone.

Prof. T. Pontano. — L'O. prospetta le difficoltà diagnostiche nei tumori, nelle cisti, nelle gomme del polmone. Analizza i mezzi d'indagine e il radiologico e il clinico e quello di laboratorio e ne critica il valore diagnostico.

Riporta tre osservazioni cliniche, una di sifilide gommosa del polmone sinistro, una di cisti dermoide, una di carcinoma dell'ilo destro e prende occasione dalle difficoltà diagnostiche, presentate dai casi studiati, per fissare direttive diagnostiche nei primi e negli stadi avanzati dei processi polmonari, che, all'esame radiologico, offrono un'ombra rotonda polmonare.

Discussione: proff. Arcangeli e Vernoni.

Prof. G. Meldolesi. — *Sulla attendibilità degli attuali metodi clinici della determinazione della massa sanguigna circolante.*

Prof. G. Meldolesi e Dott. Verona. — *Sulla cristallizzazione dell'emoglobina umana.*

Il glutatione negli organi durante l'avvelenamento da acetato talloso.

Prof. P. Testoni. — L'O., studiando il glutatione negli organi di conigli sottoposti ad avvelenamento acuto, subacuto e cronico, da acetato talloso, ha messo in rilievo alcune variazioni riguardanti sia il contenuto in glutatione dei singoli tessuti, sia la ripartizione del polipeptide solforato nell'organismo.

Sotto l'influenza del tallio, il contenuto globale del glutatione nei tessuti presi nel loro insieme non varia notevolmente rispetto a quello degli animali normali, mentre risulta notevolmente modificata la sua distribuzione negli organi.

Esposizione riassuntiva sull'impiego di plasmochina, chinoplasmina e chinacei nella cura della malaria cronica.

Prof. R. Gosio. — Su 105 soggetti malarici cronici osservati in un'intera stagione di ricovero nella colonia antimalarica di Borghetto, viene prescelto un gruppo opportunamente selezionato per uno studio comparativo della plasmochina, plasmochina composta, chinoplasmina e chinacei nella cura della malaria cronica. Sono presentati 8 esempi grafici corrispondenti alla curva delle semilune in circolo, rilevata in via spontanea e sotto trattamento antimalarico. Si discute e conclude sulla opportunità di tener conto superiore del com-

plesso curativo realizzato e di vagliare l'azione dei singoli farmaci più dagli effetti globali ottenuti dopo un lungo periodo di osservazione che dallo studio frammentario dei singoli sintomi.

Alcune modificazioni osservate nei globuli rossi parassitati da plasmodium vivax.

Prof. R. GOSIO. — L'O. descrive per alcuni stipiti di plasmodium vivax nelle fasi iniziali del suo sviluppo, particolari tenui figurazioni anulari endoglobulari legate alla comparsa ed alla tecnica che mette in evidenza le granulazioni di Schüffner e non riportabili alle produzioni del gruppo granuli e macchie morfologicamente note.

Il reperto non è costante come in vario grado non lo è quello delle alterazioni globulari dovute all'attività parassitaria. L'O. interpreta tali figure come zone di rarefazione della emoglobina che si diffonde e addensa ai bordi costituendo dei cercini diversamente marcati. Ne risultano porzioni globulari colorite rispetto al campo restante che per l'aspetto intrinseco rassomiglia a piccole zone di ottonatura.

Il Segretario: G. AMANTEA.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 16 giugno 1933.

Presidente: Prof. F. VANZETTI.

Osservazioni sulla terapia arsenobenzolica ad alte dosi secondo il metodo di Savolescu in malati di paralisi progressiva.

Prof. L. BOLSI. — Secondo il metodo in esame si associano all'arsenobenzolo alcuni cc. di una soluzione di deidrocolato di sodio al 20 % al momento dell'uso, nella quale l'arsenobenzolo si scioglie.

In alcuni aa. non hanno dovuto lamentare incidenti importanti, malgrado siano riusciti ad iniettare in certi casi 12-13 grammi di arsenobenzolo in 25-30 giorni con iniezioni endovenose.

Altri aa. invece si sono mostrati intolleranti delle alte dosi di arsenobenzolo, malgrado l'associazione con il sale biliare, ed in un caso insorse una agranulocitosi gravissima che ha messo in pericolo la vita del paziente.

L'O. ha constatato che l'associazione con il sale biliare protegge il fegato dall'azione tossica dell'arsenobenzolo ed è quindi in grado di far aumentare la tolleranza dell'organismo.

Inoltre ha osservato in a. che avevano ricevuto in breve tempo grandi quantità di arsenobenzoli la negativazione della R. W., di Meiniche e di Kahn nel sangue e di queste due ultime reazioni nel liquido cerebro-spinale.

Su di un caso di atresia della polmonare con malformazioni multiple dei grossi vasi arteriosi del cuore.

Prof. C. MANCA. — L'O. ha trovato in una bambina di 5 mesi l'arco aortico a destra, l'atresia dell'a. polmonare e la trasposizione della aorta e della polmonare e difetto del setto interventricolare; infine ha rilevato la presenza di arterie bronchiali sopranumerarie e di un'arteria che dall'aorta andava ai polmoni.

L'O. ricostruisce su base anatomo-patologica il circolo sanguigno e tratta della patogenesi delle varie anomalie.

Calcoli proteici delle vie urinarie sperimentalmente ottenuti.

Dott. F. VOLANTE. — L'O. ha ottenuto sperimentalmente negli animali la produzione di calcoli di sostanza proteica nel bacinetto renale, ne descrive le particolarità morfologiche e ne discute la patogenesi ed il significato, mettendo in particolare rilievo i caratteri che fanno nettamente distinguere questi concrementi da quelli batterici molli, con i quali vengono da taluni confusi.

Seduta del 23 giugno 1933.

Presidente: Prof. VANZETTI.

Sul significato diagnostico e sul determinismo della reazione di Takata sul siero di sangue.

Prof. G. DOMINICI e dott. G. OLIVA. — La reazione diede esito positivo (flocculato almeno in tre provette) in tutti i cirrotici esaminati, e ciò tanto sul siero che sul liquido di versamento ascitico. Nell'ittero epato cellulare la risposta fu per lo più negativa, ad eccezione di due casi, nei quali all'esame autopsico si riscontrarono gravi lesioni a carico degli elementi parenchimali.

Negli individui esenti da lesioni epatiche la risposta della reazione fu sempre negativa.

Gli OO. hanno dimostrato infine che la positività della reazione è in stretto rapporto con il quoziente: sieroalbumine/sieroglobuline.

È riconfermata l'importanza della reazione in questione nei riguardi della diagnosi della cirrosi epatica.

Dott. E. VIGLIANI. — *Dosaggio quantitativo delle porfirine col metodo della fluorescenza e dati sul contenuto in coproporfirina delle orine normali e patologiche.*

Su di un raro caso di frattura dell'atlante.

Prof. G. CANUTO. — L'O. descrive un caso in cui si è trovata la frattura dell'apofisi trasversa dell'atlante e la rottura dell'arteria vertebrale sin. nel suo tratto endo-cranico. Si trattava di una ragazza di sedici anni, che era caduta perchè inseguita o era stata colpita da una bastonata dell'inseguitore?

Appunto esaminando qualche altro caso analogo della letteratura, l'O. conclude che è più verosimile l'ipotesi del trauma indiretto per la caduta che non quella del trauma diretto.

Forme anatomiche e patogenesi dell'actinomicosi polmonare.

Dott. P. FOLTZ. — L'O. riferisce i risultati delle ricerche eseguite su di un caso di actinomicosi polmonare bilaterale con diffusione del processo micotico alle pleure ed alla gabbia toracica. Discute la classificazione generalmente seguita secondo la quale vi sarebbero due forme di actinomicosi polmonare, una superficiale ed una profonda o distruttiva. Tale distinzione secondo l'O. non ha basi anatomiche e forme solo eziopatogenetiche. Ritiene più opportuno nell'actinomicosi del polmone separare la forma polmonare pura da quella toracica o profonda. In quest'ultima forma distingue ancora una forma primaria del polmone con diffusione al torace e quella primaria del torace con diffusione al polmone.

VILLATA.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 22 giugno 1933.

Presidente: Prof. Pio Bastai.

L'operazione di Judd nella cura dell'ulcera duodenale.

Prof G. Cavina. — Consiste nella escissione dell'ulcera associata ad una parziale pilorectomia (resezione dei due terzi anteriori dello sfintere). Oltre a rimuovere la lesione locale, mira a distruggere l'attività muscolare del piloro e ad eliminare due dei principali sintomi dell'ulcera duodenale: la stasi e la iperacidità gastrica. Gli stessi scopi si possono in realtà conseguire anche con la gastrodigiunostomia, la quale però lascia in situ l'ultera, mentre espone al grave rischio dell'ulcera digiunale peptica.

L'operazione di Iudd è indicata nei soggetti giovani, nei casi di duodeno discretamente mobile e non troppo deformato, nelle ulceri recenti della parete soprattutto anteriore del bulbo. Tali condizioni di operabilità si verificherebbero nella metà dei casi.

I risultati di questa « excision of ulcer and parti al duodenectomy » sono assai lusinghieri: secondo una statistica della Mayo Clinic (1930), su 464 interventi, 2 soli morti e su 369 malati seguiti a distanza, risultati soddisfacenti nel 90 % dei casi.

Negli ultimi cinque mesi, il Cavina ha avuto occasione di eseguire Judd in 7 malati con diagnosi clinica e radiologica di u. d.; in due, però, l'ulcera non fu trovata. In tutti, ottimo l'esito immediato (tranne una grave complicazione polmonare). Assai favorevole si annuncia l'esito lontano, nonostante il breve periodo di osservazione post-operatoria. Le indagini finora praticate sul contenuto gastrico tendono a dimostrare una effettiva riduzione dell'acidità. Radiologicamente (prof. Valenti), l'evacuazione del pasto opaco nei casi esaminati, avviene nel tempo normale; in un caso a torrente.

Da ultimo, il Cavina sulla scorta di alcuni disegni originali illustra nei vari dettagli la tecnica dell'operazione, mostra i pezzi asportati e le radiografie dei singoli casi.

Discussione: Stoppato.

Due casi di idronefrosi intermittente.

Dott. G. Pelliccia. — Premesse alcune nozioni etio-patogenetiche sull'idronefrosi intermittente, l'O. ne ricorda per sommi capi il quadro clinico. Passa quindi ad esporre due casi di tale affezione osservati nell'Ospedale di S. Giovanni di Dio in Firenze e operati dal prof. Cavina di nefrectomia totale, con ottimo risultato.

Molto utile ai fini della diagnosi fu l'esame radiografico, con iniezione endovenose di Uroselectan B.

L'O. mostra e descrive le alterazioni anatomiche dei due reni asportati, nei quali, oltre le caratteristiche lesioni idronefrotiche, fu riscontrata una stenosi dell'ostia pelvico dell'uretere, con impianto lateralizzato del medesimo nel primo caso. Nel secondo caso esistevano inoltre due vasi ilari aberranti, in corrispondenza del margine inferiore della sacca.

Ritiene che la causa dell'idronefrosi debba riferirsi alle predette alterazioni pielo-ureterali, di natura probabilmente congenita; infine accenna alle probabili condizioni che nei due casi studiati potevano dar luogo al fenomeno dell'intermittenza.

Un caso di peritonite pneumococcica.

Dott. G. Pelliccia. — L'O. espone un caso di peritonite pneumococcica, che, iniziatasi con una sintomatologia assai grave e difficilmente differenziabile da una appendicite acuta, andò poi evelvendosi benignamente con la formazione di una vasta raccolta purolenta subito dietro la parete addominale anteriore, dall'ombellico al pube. Tale raccolta stava per farsi strada all'esterno, attraverso l'ombellico, quando mercè una piccola incisione fu evacuata e drenata, ottenendosi la guarigione assai rapidamente e senza alcun'altra complicazione, nello spazio di 40 giorni circa.

L'O. poi si sofferma alquanto sulla questione della terapia chirurgica, schierandosi dalla parte dei fautori dell'intervento ritardato.

Scleroma sottoglottico. Asportazione del tumore per mezzo della laringoscopia.

Dott. A. Orladini. — L'O. presenta una malata di 60 anni affetta da 40 anni da Rinoscleroma. Ventotto anni fa fu operata di un tumore che occupava tutta la narice destra e che fu diagnosticato clinicamente e biopsicamente per tessuto scleromatoso. Si ripresenta ora nuovamente all'O. perchè da 5 mesi è presa da attacchi di soffocazione molto inquietanti e perchè l'apertura della sua narice sinistra è occupata da un nuovo tumore impiantato nello spazio sottoglottico. Il tumore viene asportato in laringoscopia diretta.

Con una broncoscopia eseguita subito dopo l'atto operativo, l'O. ha potuto constatare che anche la mucosa tracheale è invasa dallo stesso processo scleromatoso e si estende fino a 2 cm. dallo sprone. Le aperture bronchiali ne sono indenni. Otto giorni dopo viene asportato il tumore che ostruiva la narice sinistra. L'esame biopsico dei due tumori asportati hanno rivelato una struttura chiaramente scleromatosa. La laringoscopia diretta e la broncoscopia furono eseguite coll'apparecchio ideato dall'oratore.

Le sindromi emorragiche dell'endocardite lenta e la loro patogenesi.

Prof. A. Lunedei e Dott. A. Giannoni. — Gli OO. mettono in evidenza sulla base delle loro ricerche eseguite sopra una casistica clinica numerosa, la scarsissima importanza che ha nella genesi delle emorragie della endocardite lenta la facile esplorazione endoteliale. Gli OO. distinguono sindromi diffuse, che sono generalmente degli stadi terminali e sindromi localizzate che sono anche iniziali e talvolta precocissime. Queste ultime comprendono: l'infarto viscerale emorragico, l'eritema purpurico, il nodulo di Osler che è eventualmente emorragico, le emorragie anulari (porpora anulare) sintomi di Blner, Oettinger (« rooth's spoots »). Spiegano la genesi delle emorragie anulari e del nudolo di Osler con la sofferenza tissulare da endoartericlite. Le sindromi diffuse possono assumere l'aspetto sia del morbo di Schcenlein, che quello del morbo di Werlhof, al quale può renderle maggiormente simili l'eventuale presenza di una piastrinopenia. Queste sindromi diffuse hanno rispettivamente la stessa molteplice patogenesi del m. di Scheenlein e la stessa molteplice patogenesi del m. di Werlhof.

Modificazioni istologiche del polmone dopo l'immobilizzazione della parete toracica.

Dott. R. PAZZAGLI. — L'O. ha praticato in conigli una serie di interventi chirurgici atti a diminuire la mobilità della parete toracica durante i movimenti respiratori (scalenoctomia e neurectomia degli intercostati) ed ha riscontrato che, analogamente a quanto si era osservato dopo pneumotorace e dopo frenicoexeresi, i polmoni degli animali così trattati presentavano evidente ispessimento connettivale della parete alveolare. L'O. crede di poter mettere in rapporto tale fibrosi con le modificazioni circolatorie che si verificano nel polmone dopo l'intervento immobilizzante la parete.

Su tre casi di splenectomia per splenomegalia.

Prof. O. BARTOLI. — L'O. ha presentato tre malati operati nell'anno scolastico 1932-1933 di splenectomia per splenomegalia dovuta in due casi a Morbo di Banti in uno ad ittero emolitico. Tali affezioni, diagnosticate clinicamente, hanno avuto la conferma dei dati istologici forniti dai pozzi esportati. I pazienti hanno risentito un notevole beneficio dall'operazione, come si è potuto constatare dal loro ottimo stato di salute, dal loro aumento di peso e dalla ripresa progressiva della crasi sanguigna che oggidì si può considerare ritornata normale.

Reticuloma tonsillare trattato con radium-terapia (con presentazione del paziente).

Dott. B. LO VULLO. — L'O. presenta un paziente in cui mediante la radiumterapia si è potuto ottenere, in un periodo di 15 giorni, la scomparsa clinica completa di un reticuloma della tonsilla palatina sinistra che all'inizio della cura aveva le dimensioni di un piccolo mandarino.

Il caso mostra chiaramente la spiccata radiosensibilità di questo tipo di neoplasma. Circa la scelta della sorgente irradiante l'O. dà, ove è possibile, la preferenza al Radium anzichè al Rontgen, per ragioni tecniche e radiobiologiche.

I Segretari: Prof. L. PICCHI-P. NICCOLINI.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 giugno 1933.
Presidenza: Prof. G. B. FIOCCO.

Idrocefalo cronico o tumore pontocerebellare?

Prof. F. VITALI. — L'O. riferisce il caso di un'ammalata venuta a morte due mesi or sono e che per la durata delle sofferenze (17 anni), per la loro ripetuta remissione, per le intermittenti elevazioni termiche, per la mancanza all'esordio di sintomi a focolaio definiti, faceva pensare più ad una sindrome di ipertensione semplice (papilla da stasi dal 1925, ipertensione del liquor dal 1928) che ad un neoplasma diagnosticato in sede sellare dal radiologo per la distruzione della sella turcica ed appoggiato dai fenomeni clinici di amenorrea ed impinguamento generale. D'altra parte le alterazioni cocleari e vestibolari a sinistra, la paralisi dell'abducente e l'ipoestesia corneale dello stesso lato, la perdita dell'ammiccamento e la dismetria a sinistra erano segni che facevano pensare alla sede pontocerebellare, permettendo i tumori dell'acustico una più lunga durata di un processo neoplastico intracranico. L'O. richiama l'attenzione sul fenomeno dell'ammiccamento che riferisce ad alterazione del VII e che ha osservato anche in altri casi come fenomeno iniziale di una paralisi periferica del facciale.

Neuroglioma ponto cerebellare e ganglioneuromi multipli epidurali osteoclastici.

Prof. A. FABRIS. — L'O. illustra anatomo-patologicamente il caso clinico del prof. Vitali: si trattava di un grosso tumore dell'acustico, che si dimostrò istologicamente come un glioma fascicolato; in pari tempo sulla faccia esterna della dura madre, specie alla base cranica, esisteva un fitto disseminio di nodetti innicchiantisi nell'osso che ne risultava tarlato, rivelatisi al microscopio come isolette di tessuto nervoso aberrante, ricco di cellule ganglionari di tipo corticale. L'O. interpreta il reperto come un unico processo disformativo lentissimo omologabile ad una neurogliomatosi centrale, senza compartecipazione dei nervi periferici e della cute come nel M. di Recklingausen.

Induramento bruno del polmone a forma calcificante.

Prof. G. JONA. — Nel caso descritto dall'O. il parenchima polmonare era tutto tempestato di noduli calcificati da una capocchia di spillo ad un pisello incastrati in cavità bronchiolari e vescicolari. Il polmone era di un ammalato di stenosi mitralica con ricorrenti profuse emottisi; i noduli si erano costituiti sul fondo di masse pigmentate di origine ferrica derivanti dal disfacimento del sangue stravasato, masse divenute ulteriormente sede di precipitazioni calcaree. L'O. differenzia il caso delle altre forme descritte, nota la corrispondenza del reperto radiologico ottenuto in vita e di quello cadaverico.

Noduli reumatici sottocutanei.

Dott. G. DALLA TORRE. — L'O. espone due osservazioni di noduli reumatici comparsi nel corso di riaccensione di processi endocarditici reumatici. L'esame istologico mostrò essere il nodulo costituito da zone di necrosi fibrinoide circondate da zone di infiltrazione cellulare con numerosi vasi neoformati. L'O. ritiene che tali forme debbano essere differenziate da altre analoghe descritte e fa rilevare il fatto che tali noduli scomparivano rapidamente quasi tutti quando le condizioni circolatorie miglioravano.

Confronto clinico, anatomo-patologico e radiologico delle caverne del lobo inferiore.

Dott. P. LENTI. — L'O. usufruendo del materiale dell'Istituto Benito Mussolini ha studiato un notevole numero di caverne del lobo polmonare inferiore. Le conclusioni che ne trae vertono specialmente sull'ubicazione delle caverne stesse che risultano nella maggior parte dei casi a carico dell'apice del lobo inferiore. Questo fatto e la precocità delle aderenze spiegherebbero la quasi abituale insufficienza della sola cura pneumotoracica e porterebbe alla necessaria precoce istituzione della frenico exeresi associata al pneumotorace stesso

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

I meningiomi.

A Plenk (*Wien. Klin. Wochenschr*, n. 17, 1933) rileva che sono stati raggruppati da Cushing sotto il nome di meningiomi, i tumori più o meno benigni delle meningi che si manifestano per lo più nel terzo-quarto decennio di vita. Sono tutti tumori connettivali e primitivi delle meningi. Il loro accrescimento è molto lento, la sede è variabile ma di preferenza nella metà anteriore del cranio, i tessuti vicini non vengono infiltrati ma soltanto spostati e compressi. La pia forma una capsula connettivale intorno al tumore. A carico delle ossa craniche si osserva sia un assottigliamento quanto una iperostosi reattiva. I meningiomi talvolta non determinano alcun sintomo per molti anni: sono non di rado un reperto accidentale all'autopsia. Per molti anni possono mancare i segni di aumentata pressione endocranica, perchè l'aumento di pressione è molto lento e graduale: per lo più i pazienti soffrono però di cefalea. La compressione localizzata determina sintomi a focolaio che si mantengono a lungo allo stato puro: epilessi corticale con successive paralisi, nevralgia del trigemino, atrofia del nervo ottico (spesso unilaterale). Talvolta si sviluppano stati psico-patologici, di carattere shizofrenico (nei primi tre decenni) o simili a quelli della paralisi (tra i 30 e i 60 anni) o alla demenza senile (dopo i 60 anni). Vengono descritti 4 casi personali operati. R. POLLITZER.

Meningite da bacilli influenzali nel bambino.

Dopo aver rapidamente ricordato i casi di meningite descritti nella letteratura, in cui fu riscontrata nel liquor presenza di bacilli simili a quelli dell'influenza nel liquor, V. Gara (*Deut. Med. Woch.*, 7, 1933) riferisce su due casi di meningite da lui osservati, e che ebbero entrambi esito fatale.

Dal liquor furono tutte e due le volte isolati dei bacilli gram-negativi, in tutto simili a quelli di Pfeiffer, fuorchè per la capacità di coltivarsi anche in terreni privi di emoglobina.

I due casi si svolsero in un periodo in cui non esisteva alcuna epidemia di grippe.

V. SERRA.

La prognosi nelle meningiti purulente.

La prognosi della meningite purulenta (E. Edelmann, *Wien. Klin. Wochenschr*, n. 17, 1933) dipende dalla qualità e dalla quantità dei germi che si trovano negli strisci di liquor. In alcuni casi non si può dimostrare alcun germe, nè all'esame diretto nè all'esame culturale: la prognosi è allora assolutamente buona, anche se il liquor è fortemente purulento. Altre volte l'esame microscopico del liquor non dimostra alcun germe, nella cultura si sviluppano però dei meningococchi: anche in questi casi la prognosi è buona. In generale in tutti i casi di meningite meningococcica, la prognosi è in rapporto con la quantità dei germi dimostrabili all'esame diretto del liquor. Altri germi gram-negativi che oltre ai meningococchi possono determinare meningiti purulente, sono il bacillo influenzale, il bacillo di Friedländer, il gonococco: in tutti questi casi la prognosi è cattiva.

Assolutamente infausta è la prognosi in tutte quelle meningiti purulente in cui si rinvengono germi gram-positivi negli strisci di liquor. R. POLLITZER.

Commozione cerebrale a sintomi tardivi.

R. Klotz (*Med. Welt*, 18 marzo 1933) racconta un infortunio di cui egli stesso è stato vittima. Mentre pedalava in bicicletta, lo sportello di un'auto che gli veniva dietro si apre improvvisamente ed urta il manubrio della bicicletta; egli cade, battendo la testa (che era senza cappello) e si produce una piccola ferita di 3-4 centimetri ed un ematoma. Si rialza prontamente ed ha una discussione con il conducente dell'auto, prende il numero di questa e riprende la sua strada. Poco dopo, scende dalla bicicletta, si appoggia al muro e non sa più orizzontarsi nè riconoscere dove sia. Viene condotto a casa e curato. Non vomito, nè incoscienza, nè cefalea, nè vertigini. Soltanto: amnesia totale, confusione mentale, stato di eccitazione psichica e di debolezza generale.

Dopo circa una settimana può riprendere con fatica il lavoro di consultazione; rimane per un certo tempo una facile esauribilità fisica e psichica, poi gradatamente tutto passa ed egli ritorna del tutto normale in circa 6 settimane.

In complesso, dunque, una commozione cerebrale comparsa un certo tempo dopo il trauma; unico sintoma di essa l'amnesia diffusa e durata abbastanza a lungo; una cura adatta, specialmente il fatto di evitare ogni sforzo anche mentale, riportarono il paziente alle condizioni normali. *fil.*

Le encefalopatie della difterite.

Tra le manifestazioni nervose legate alla difterite (paralisi periferiche, per polinevrite o cellulo-nevrite, talora con impegno dei nuclei bulbari) le paralisi di origine centrale (encefalopatie difteriche) sono certamente rare: pure esistono e Massière (*La Presse Méd.*, 36, 1933) ne descrive un caso che decorse colla sintomatologia della sindrome pseudo-bulbare e che migliorò notevolmente sotto la terapia sierica.

Si tratta, di solito, di lesioni arteritiche: l'anatomia patologica ha dimostrato l'esistenza di focolai emorragici nella capsula interna e nel nucleo lenticolare: nel caso dell'A. si ave-

va probabilmente a che fare con focolai multipli di rammollimento e di trombosi.

Queste paralisi centrali difteriche vanno infine distinte da quelle che derivano da embolia cerebrale per trombosi cardiaca, anch'esse osservate talora nei difterici. V. SERRA.

Emiplegia difterica.

L. Babonneix e A. Miget (*Gazette des hôpitaux*, 5 aprile 1933) riferiscono il caso di un bambino di 29 mesi affetto da difterite con paralisi velopalatina in cui, al 18° giorno, comparvero fenomeni nervosi complessi caratterizzati da emiplegia sinistra con ipertonia di tipo piramidale e poi ipotonia; poco prima che si avesse la morte, furono colpiti tutti quattro gli arti.

Per l'interpetrazione di tali fenomeni, in mancanza del reperto di autopsia, si presentano tre ipotesi:

1) Le *emorragie cerebrali* consecutive alla difterite sono rarissime.

2) Il *rammollimento cerebrale* si presenterebbe in un certo numero di casi, sebbene il meccanismo ne appaia discutibile. Probabilmente non si trattava di migrazione embolica, ma piuttosto di un rammollimento per arterite. I fenomeni clinici osservati dagli AA. sono molto simili a quelli rilevati da altri che hanno potuto riscontrare il rammollimento all'autopsia.

3) Bisogna però fare una riserva per la possibilità di *encefalite*.

Secondo le recenti vedute, la difterite maligna passa per tre fasi: *a*) impregnazione dei centri nervosi senza lesione (responsabile delle paralisi del velopendolo e degli accidenti cardiaci); *b*) vaso-dilatazione generalizzata, con ipotensione arteriosa a cui sono dovute certe emiplegie e certe crisi convulsive; *c*) comparsa, attorno ai vasi dilatati, di edema e di emorragia, che mette capo ad un'encefalite, da cui derivano le emiplegie della convalescenza. *fil.*

Su alcune forme meno comuni della malattia di Heine-Medin.

La malattia di Heine-Medin si rivela a traverso una varietà di forme cliniche talora difficili a riconoscersi per cui può sfuggire ad una osservazione superficiale.

Ciò accade sopratutto quando il virus poliomielitico invece di localizzarsi nel midollo spinale, colpisce segmenti più alti del sistema nervoso, determinando nel midollo lesioni pressochè inapprezzabili.

Assai importanti dal punto di vista terapeutico e profilattico sono le forme fruste ed abortive e le localizzazioni encefaliche; in queste ultime in modo particolare sono colpiti i nervi cranici e specialmente il facciale.

A. Gentili (*La Riforma Medica*, 17 giugno 1933) in soli 14 mesi ha osservato sette casi di paralisi di nervi cranici su 44 casi di malattia di Heine-Medin studiati, in occasione di una recrudescenza della infezione poliomielitica.

In sei casi era colpito il n. facciale ed in uno il nervo abducente.

In tutti e sette i casi la manifestazione paralitica o era stata preceduta da un periodo febbrile o era accompagnata da sintomi di interessamento di altri distretti del sistema nervoso.

Ma non sempre questo accade ed allora in mancanza di un sicuro criterio etiologico questi casi vengono qualificati per paralisi del facciale a frigore.

Si comprende perciò come di fronte ad una paralisi isolata di un nervo cranico e specialmente del facciale, si debba andare cauti prima di emettere una diagnosi etiologica e tener presente la possibilità di una infezione poliomielitica.

È inoltre importante ricordare, tra le molteplici manifestazioni cliniche cui può dar luogo l'infezione poliomielitica, la forma meningitica, della quale l'A. ha pure osservato un caso.

Nella poliomielite pare che sia costante una meningite istologica che solo se si accentua dà luogo a manifestazioni cliniche importanti che possono simulare il quadro della meningite cerebro-spinale o, come nel caso studiato dall'A., quello della meningite tubercolare.

Sono le paralisi che col loro comparire fanno correggere la diagnosi o meglio ancora è l'ulteriore decorso della malattia che si avvia ad un rapido miglioramento. Talvolta la meningite da virus poliomielitico è accompagnata da dolori piuttosto vivi al rachide ed agli arti, causati da un interessamento delle radici spinali posteriori da parte del processo infiammatorio meningeo. Tale processo può ulteriormente propagarsi alle cellule delle corna anteriori dando origine a fenomeni paretici.

È necessario perciò nello studio della malattia di Heine-Medin con sintomatologia meningeo-radicolare fare distinzione tra i fenomeni paralitici associati a fenomeni dolorosi dovuti a lesioni puramente o prevalentemente radicolari, con tendenza regressiva e le paralisi da lesioni midollari profonde che possono coesistere alla forma meningea della poliomielite. VICENTINI.

La cura della poliomielite: profilassi della deformità e protezione dei muscoli.

J. Rubräh (*J. A. M. A.*, 20, 1933) esamina con cura tutti i mezzi da mettersi in opera per impedire la comparsa di deformità e i danni muscolari nei soggetti colpiti da poliomielite.

Il malato sarà posto, appena sia possibile, su

di un materasso resistente, e in quella posizione che egli terrebbe se fosse in piedi; questo impedirà che vengano danneggiati quei gruppi muscolari che presiedono alla stazione eretta: i glutei e i quadricipeti.

Il malato deve essere protetto da ogni genere di fatica che — se precoce — può danneggiare i muscoli per sempre.

La muscolatura sarà quindi protetta; la distensione forzata, provocata sia dalla forza di gravità che dall'intervento aggressivo degli antagonisti, può essere molto dannosa.

I primi tentativi di mobilizzazione passiva saranno eseguiti lentamente sopra una tavola inclinata, liscia e cosparsa di cipria o sotto acqua, nel bagno: i muscoli di cui deve essere prima assicurato il miglioramento sono i deltoidi, gli estensori del polso, l'opponente del pollice, i glutei, il quadricipite, i gemelli e i muscoli addominali. Man mano che il miglioramento procede, cominceranno ad essere permessi con grande prudenza i movimenti attivi; prima di ogni esercizio, il muscolo va riscaldato con applicazioni locali ecc.; i bagni caldi sono accetti e molto indicati.

V. SERRA.

Il trattamento diatermico della demenza paralitica.

Gli inconvenienti della malaria-terapia sono: la difficoltà di conservare i parassiti, l'incontrollabilità degli attacchi febbrili, la possibile scomparsa degli attacchi prima che essi raggiungano un numero sufficiente e alcune complicazioni della malaria, morte compresa.

La diatermia non presenta questi inconvenienti. Essa fu usata in 50 casi da W. Freeman, T. C. Fong e S. J. Rosenberg (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 3 giugno 1933). In sei casi si trattava di negri in cui l'inoculazione della malaria era stata senza effetto. Su quasi tutti erano state fatte cure antiluetiche in precedenza. In 44 casi si potè fare una cura diatermica completa con periodi di iperpiressia di 2-5 ore; negli altri casi la cura fu sospesa dopo uno o più periodi.

Durante l'applicazione alcuni ammalati diventano irrequieti, in qualche caso comparvero anche attacchi convulsivi. In quasi tutti ogni applicazione è seguita da prostrazione con inappetenza.

I risultati della cura furono questi: 10 migliorati, 26 non migliorati, 14 morti. In quanto alle condizioni sierologiche un miglioramento si osserva nei primi periodi di cura. Nessun miglioramento fu osservato in malati sottoposti a sola cura diatermica senza somministrazione di preparati antiluetici.

Gli AA. studiarono le modificazioni anatomiche di 6 casi, venuti a morte nello spazio di 3 a 10 mesi dopo la cura diatermica e in tutti e sei i casi si trovarono processi infiammatori cortico-meningei.

La cura diatermica va abbandonata nella demenza paralitica.

R. LUSENA.

Le iniezioni endovenose di alcool.

Le iniezioni di 10-20 cmc. di alcool al 33 % fatte giornalmente hanno dato buoni risultati nelle forme purulente del polmone. A. Dei Rossi (*Il Valsalva*, genn. 1933) ha messo in opera tale terapia in casi di meningite purulenta otogena. Due morirono, ma si trattava di infezioni gravissime già dal primo momento; altri due, di cui uno molto grave, guarirono. Data la prognosi generalmente infausta di tale forma, il risultato è certamente degno di rilievo.

Tale terapia, più che un'influenza sulle lesioni locali, ha azione benefica sull'apparato circolatorio e sullo stato generale del paziente, sicchè l'A. consiglia di sperimentare su larga scala tale terapia che, all'azione benefica sullo stato generale, non contrappone nessun inconveniente.

fil.

TECNICA DI LABORATORIO.

Ricerche comparative sulla dimostrazione dei bacilli tubercolari.

Il metodo più sicuro per la dimostrazione di una malattia specifica, dice R. Brinkmann (*Deut. Mediz. Wochenschr*, 2 giugno 1933), è la dimostrazione di bacilli tubercolari. Nei casi in cui non vi è espettorazione oppure se questa è scarsa e puramente mucosa, si deve ricorrere all'esame del muco laringeo. Lo si preleva tra le corde vocali con un tampone lungo 15-20 cm., piegato anteriormente ad angolo ottuso. Il massimo diametro del tampone non deve superare il cm. L'arricchimento con l'antiformina offre pochi vantaggi: è necessario invece procedere all'esame culturale e alla inoculazione negli animali. Il metodo di cultura da preferirsi è quello di Hohn.

R. POLLITZER.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Progressi recenti negli studi sull'ergosterina irradiata.

Molto recentemente si è riusciti ad isolare un certo numero delle sostanze, che compongono i prodotti grezzi d'irradiazione dell'ergosterolo. Tra esse anche la vitamina antirachitica, che in Germania viene denominata *Vitamina* D_2, ed in Inghilterra *Calciferol.*

Tale conquista veramente fondamentale della nuova biochimica, permette di portare luce nuova su molti punti, finora oscuri, della chimica fisiologica della vitamina antirachitica.

Tali progressi recenti, raccolti in rassegna sintetica da Hanau (*Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche*, 7 maggio 1933), hanno, sotto alcuni punti di vista, notevole interesse pratico.

Una irradiazione male o troppo a lungo applicata, può dar luogo alla produzione di sostanze terapeuticamente inattive e altamente tossiche, quali quelle isolate col nome di *tachisterina* o di *sostanza* 248. Si impone perciò una scelta rigorosa dei preparati da prescriversi per uso umano. Solo tecnici esperti, che abbiano profonda conoscenza della materia, e laboratori con installazioni perfette meritano la fiducia dei medici.

La vit. D_2 resiste bene al riscaldamento; solo a 115-131 gradi essa si denatura rapidamente. È invece sensibile all'ossigeno, quando è mescolata con gli altri prodotti grezzi d'irradiazione. I prodotti sciolti in olio sono molto meno facilmente auto-ossidabili. La vit. D_2 pura è quasi insensibile ad esso.

Va da sè che sarà molto opportuno usare per la preparazione dei prodotti antirachitici, in luogo dei prodotti grezzi di irradiazione, la vit. D_2, pura, cristallizzata.

Ciò è vantaggioso sotto tre principali aspetti (Windaus):

1) titolazione più esatta dei preparati attivi, chimica, analitica, oltre che fisiologica;
2) resistenza notevole all'aria e alla luce;
3) ottimo del rapporto tra dose limite antirachitica e dose limite tossica, essendo stati allontanati tutti i prodotti ad azione tossica senza effetto antirachitico.

M. COPPO.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Eredolue della 3ª generazione? — All'abb. n. 2258-1:

Non si può escludere in modo assoluto una sifilide congenita (o ereditaria) della terza generazione: casi del genere sono stati descritti da autori meritevoli di ogni fede ed in modo da non lasciare dubbio. Bisogna anche pensare che proprio in forme siffatte la sifilide obbedisca alla legge della così detta « apéidose » (lontananza dalla specificità) nel senso che, al pari di altre infezioni croniche, essa vada mano mano perdendo col tempo i suoi caratteri specifici, sia dal lato puramente morfologico, sia da quello sierologico ed assuma apparenze cliniche le più diverse: qui anzi più che mai calza il detto che la sifilide è « la scimmia » di tutte le malattie.

Si comprende perciò quanto sia più difficile in casi del genere riconoscerne la vera origine, la quale talvolta viene dimostrata solo dal successo delle cure antiluetiche.

Se, peraltro, nella donna trentaseienne di cui parla l'abbonato, il silenzio della R.W. si accordi con un'anamnesi individuale negativa e con l'assenza di manifestazioni sospette (anomalie dentarie, aortite ecc.), è da credere molto poco probabile che, pur trattandosí della figlia di madre eredo-luetica, essa a sua volta possa mettere al mondo prole malata.

V. MONTESANO.

Al dott. A. A., abb. n. 2500:

Il principio che deve dominare il trattamento di un diabetico con albuminuria è quello di somministrare una sufficiente quantità di insulina in modo da poter fornire una dieta abbastanza ricca in carboidrati e ridurre la quantità di proteici. Le indicazioni precise possono dedursi soltanto caso per caso, secondo la tolleranza dell'individuo ai carboidrati ed il processo che determina l'albuminuria.

fil.

VARIA.

Appendicite e variazioni stagionali.

Le cognizioni intorno all'etiologia dell'appendicite sono ancor oggi tutt'altro che complete: eppure si è cercato in ogni maniera, con ricerche cliniche, sperimentali, batteriologiche, anatomo-patologiche, di portare un po' di luce nel complesso problema.

Nel numero del 21 aprile della *München. Med. Woch*, A. Hagentorn espone alcune sue considerazioni sulla etiologia dell'appendicite e in particolar modo sui rapporti di essa con le variazioni stagionali.

In primo luogo egli mette in evidenza l'importanza della cosidetta infezione latente: con tale espressione l'A. intende riferirsi allo stato particolare di facile serbatoio di germi rappresentato dall'appendice analogamente alle tonsille, a cui essa è spesso paragonata. È facile comprendere come questo serbatoio di germi rappresenti un focolaio di infezione latente: in esso, come in ogni altro focolaio latente, la lotta fra organismo e germe è continua ed aspra: basta un piccolo indebolimento dell'organismo o un aumento di virulenza del germe, perchè questo abbia il sopravvento e l'infezione da latente diventi manifesta.

È opinione dell'A. che ogni vita organica dipenda dagli influssi atmosferici: così i tessuti del nostro organismo, così i loro nemici, i germi. Che le cause scatenanti dell'attacco appendicitico non siano soltanto gli influssi atmosferici, è evidente: vi sono altri fattori che possono essere ritenuti colpevoli e così gli errori di dieta, la stasi del contenuto dell'appendice, i traumi; ma questi fattori in alcuni casi provocano l'attacco ed in altri no: e ciò perchè lo scatenarsi o meno dell'attacco è, secondo l'A., dipendente anche dagli influssi atmosferici.

A dimostrazione dei suoi asserti l'A. pubblica le grafiche riassuntive di un grosso materiale statistico, dal quale, mediante il confronto del numero dei casi di attacchi appendicitici (in tutto più di 1000 casi) nei vari mesi dell'anno, risulta evidente come si riscontri costantemente un aumento notevole di frequenza nella primavera e nell'autunno.

G. LA CAVA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

70° *Dottor G. C.* — Se Lei sarà licenziato per soppressione di posto o, comunque, per causa di riordinamento, avrà diritto ad una indennità qualora, però, non sia preavvertito con anticipazione. Generalmente, si considera sufficiente il preavviso e la corrispondente indennità per un periodo non inferiore ad un mese e non superiore ad un anno, a seconda delle circostanze del caso, della durata presumibile dell'impiego, ecc.

71° *Dottor G. A.* — Il Comune non era obbligato all'assicurazione contro gli infortuni, essendo stato modificato il capitolato in relazione alla clausola inserita nell'avviso del concorso. Quindi, può svincolarsi dal contratto, salvi gli impegni che abbia assunto verso l'istituto assicuratore. Ma se per sua libera determinazione o per sua negligenza ha rinnovato il contratto e, comunque, ha pagato il premio dovuto all'istituto, anche dopo la modificazione del capitolato, non ha diritto di chiedere il rimborso al medico. Rinnovazione e pagamento sono eventi o fatti dipendenti dalla volontà del Comune.

72° *Dottor G. P.* — Scaduto il termine stabilito perentoriamente dalla legge (tre mesi almeno prima del compimento del biennio) il Podestà non può deliberare il licenziamento per fine del periodo di prova. È discutibile se sia valutabile il periodo dell'aspettativa per motivi di famiglia. Inclino ritenere che, salve interruzioni normali, non si possa ritenere che l'aspettativa per motivi di famiglia, cioè quel periodo al quale non corrisponde nè prestazione di servizio nè corresponsione di stipendio, per tempo non breve, non interrompa la prova.

73° *Dottor G. C.* — La giurisprudenza ora dominante considera modificabile la indennità per mezzi di trasporto: purchè, però, la modificazione sia giustificata in concreto da un effettivo mutamento di condizioni, in quanto queste influiscano sulla spesa. La variazione può derivare da rivalutazione della moneta, da riduzione del servizio e, in genere, da qualsiasi altra causa che influisca sulla misura della spesa e, quindi, del rimborso.

74° *Dottor F. A.* — La disposizione del capitolato, secondo l'ultimo testo approvato dalla G. P. A., deve essere interpetrata in relazione all'art. 40 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889. È, quindi, da ritenere che l'ufficio di medico condotto anche in cotesto Comune sia incompatibile « con ogni altra occupazione che a giudizio dell'amministrazione comunale sia ritenuto non consigliabile con l'osservanza dei doveri e del decoro dell'ufficio ».

A *giudizio dell'amministrazione comunale* non significa che questa abbia una facoltà arbitraria di apprezzamento. Certamente c'è discrezionalità di valutazione ma, come ogni atto discrezionale, anche questo deve essere sostalzialmente legittimo, cioè deve avere una giusta causa.

In altri termini, l'apprezzamento deve corrispondere alla realtà delle cose: il Podestà non può vietare qualsiasi occupazione soltanto perchè la ritenga *soggettivamente* incompatibile. Si deve considerare anche il fatto obbiettivo. Almeno dal punto di vista della legittimità l'atto del Podestà è controllabile.

Trattandosi di una questione dipendente dal rapporto d'impiego, è competente la G. P. A. in sede di giurisdizione e poi in secondo grado il Consiglio di Stato.

75° *Dottor G. N.* — La illegalità per mancata comunicazione dell'avviso del concorso può essere denunciata al Prefetto, il quale deve provvedere all'annullamento, essendo evidente la violazione della legge. concernente il collocamento degli invalidi di guerra.

76° *Dottor B. S.* — Salve diverse disposizioni del regolamento sanitario locale, l'ufficiale sanitario, quando sia istituito il posto di veterinario e il titolare sia temporaneamente assente, non è obbligato a provvedere gratuitamente, cioè per dovere normale, alla ispezione delle carni. Se la sua opera è richiesta per tale prestazione, gli è dovuto un compenso.

La sostituzione temporanea dà diritto a rimunerazione se ed in quanto non sia soltanto nominale ma importi prestazione d'opera effettiva.

Agli effetti degli aumenti periodici non è valutabile il servizio prestato in altri Comuni, specialmente se il regolamento o il capitolato non stabilisca espressamente che tale servizio è valutabile. Dico specialmente, perchè se non c'è una disposizione espressa la risoluzione non è dubbia; se c'è una disposizione, la validità di essa è molto discutibile. Ricordo anzi che una recente sentenza del Consiglio di Stato ha ritenuto che non possa essere validamente stabilita la valutazione del servizio prestato in altri Comuni.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Le casse mutue malattie.

Una delle più importanti realizzazioni che il Regime corporativo, mercè gli accordi stipulati dalle associazioni sindacali dei datori di lavoro e dei lavoratori, assicura alle maestranze operaie della industria, è costituita dalle casse mutue di assistenza contro le malattie. Da quando le due Confederazioni dell'Industria ebbero ad approvare lo statuto tipo interconfederale, pubblicato sul Bollettino Ufficiale delle Corporazioni, il lavoro di costituzione e di sviluppo di tali Casse Mutue è proseguito attivissimo in tutte le provincie, in piena aderenza alle direttive sociali del Regime.

I frutti di questo lavoro, inspirato alle direttive di collaborazione che sono tipiche del Regime, sono stati veramente imponenti; dopo poco più di due anni e mezzo dalla pubblicazione dello statuto-tipo, le Casse Mutue sono divenute circa 1450, e riguardano oltre un milione di operai e 48 mila ditte, presso le quali si svolge questa essenziale opera di assistenza. Inoltre bisogna tener conto delle molte altre casse mutue che sono in via di costituzione, ed anche delle non poche casse aziendali, non ancora trasformate in casse mutue conformi allo statuto tipo, che pur sempre assolvono un importante compito di assistenza a favore delle maestranze industriali.

Si può dire, oggi, che in tutte le provincie quasi tutte le categorie industriali hanno ormai la loro cassa mutua. Il lavoro compiuto risulta pertanto veramente imponente, realizzando in un settore molto importante dell'assistenza fascista le direttive di collaborazione esistenti fra le organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori dell'industria.

Alcune cifre dànno una chiara idea dell'imponente aspetto di quest'opera assistenziale, benchè esse siano limitate alle Casse costituite o trasformate in conformità dello statuto tipo interconfederale, e già regolarmente costituite.

Le 1438 casse mutue malattie comprese in tale rilevazione comprendono 999 casse interne, per altrettante ditte e 366 mila operai; 171 casse interaziendali, per 19.272 ditte e 196.271 operai; vi sono poi 234 casse professionali, comprendenti 20.575 ditte e 352.133 operai, e 34 casse miste, per 7543 ditte e 45.522 operai. Il numero più cospicuo — ossia 360 — di casse, appartiene alla categoria tessile; i meccanici ne hanno costituito 264; 141 gli alimentari; 151 gli edili; 107 i chimici. Le altre Casse si dividono fra le varie categorie d'industria, ciascuna delle quali gode ormai di questi istituti assistenziali il cui beneficio a favore delle maestranze operaie è di grande rilievo.

Naturalmente, non tutte le casse possono dare, in quantità e qualità, la medesima somma di prestazioni assistenziali, poichè queste non possono essere che condizionate alle possibilità finanziarie di ogni singola Cassa, e cioè in primo luogo alla misura del contributo. Quasi tutte le Casse danno agli iscritti, oltre naturalmente il sussidio di malattia, anche l'assistenza sanitaria; molte provvedono all'assistenza farmaceutica, ai sussidi in casi straordinari ed in caso di parto e talune prevedono la possibilità del ricovero degli operai in case di cura od altre assistenze collaterali.

Basta l'indicazione di queste forme assistenziali, preziose per la sanità delle maestranze operaie, per rilevare la grande importanza sociale di quest'opera che nel campo industriale si svolge in piena aderenza alle direttive del Regime.

Dei rapporti con i sanitari, per quanto riguarda prestazioni e competenze, avremo più volte occasione di occuparci.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALAGNA (*Pavia*). — Scad. 31 ag.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 ambulat., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

AOSTA. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posti di Direttore della Sezione Medico-Micrografica e di Assistente della Sezione Chimica dei Laboratori di Igiene e Profilassi. Stipendio rispettivamente di L. 18,500 e 14,000 aumentabile di un ventesimo per ogni biennio e per dieci bienni. Supplemento di servizio attivo rispettivamente di L. 4000 e di L. 2500. Indennità di aggiunta di famiglia. Percentuale sui proventi per ricerche, analisi, ecc. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 %. Scadenza ore diciotto del 31 ottobre 1933-XI. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale.

BENEVENTO. *Amministrazione Provinciale del Sannio.* — Per titoli. Posto di Direttore del Brefotrofio Provinciale, scadenza 30 ottobre 1933, ore 12. Periodo prova anni 2 con disdetta 3 mesi prima. Stipendio annuo L. 6.000 al lordo ritenute di legge e riduzione 12 %. Età minima anni 21, massima 35, salvo eccezioni legge. Domanda stesa su carta bollo L. 3; dovrà essere corredata, oltre prescritti documenti rito dai seguenti: *a*) diploma in originale o copia notarile di Laurea in medicina e chirurgia rilasciata da una delle Università del Regno: coloro che abbiano conseguita laurea posteriormente 31 dicembre 1924 o, posteriormente 31 dicembre 1925, dovranno presentare certificato d'aver superato esame Stato per abilitazione professionale; *b*) diploma specialista in pediatria oppure riconoscimento di tale qualità a norma R. D. 29 agosto 1929, n. 1823; *c*) certificato iscrizione Ordine Medici anno in corso; *d*) tessera o certificato iscrizione, anno in corso, al P. N. F. rilasciato Federazione Fasci Combattimento domicilio concorrente; *e*) quietanza Cassiere Provinciale (Banca Sannitica) L. 50 tassa concorso. Certificato od estratto nascita, certificato penale generale e cittadinanza dovranno essere di data non anteriore a quella del presente avviso. Concorrenti potranno esibire tutti quei documenti utili di cui sono in possesso agli effetti graduatoria (pubblicazioni, monografie, certificati servizi prestati, ecc.). Assunzione servizio entro 30 giorni data partecipazione nomina sotto pena decadenza. Nominato ha obbligo residenza Benevento. Chiarimenti alla Segreteria Generale Amministrazione Provinciale. Benevento, 1° agosto 1933.

BRESSANONE (*Bolzano*). — Scad. 31 ag.; L. 6800 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2600 indenn. alloggio; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 30 mag.; tassa L. 50. Conoscenza lingua italiana.

Carife (*Avellino*). — Scad. 31 ag.; L. 6500 e 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35-45 a.; tassa L. 50.

Formello (*Roma*). — Scad. 30 sett.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., L. 804 uff. san., L. 2112 c.-v., L. 1672 arm. farm., addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Gualdo (*Macerata*). — Scad. 31 ag.; L. 9000 oltre L. 1000-2500 trasp., c.-v.; età lim. 40 a.

Imperia. *Amministrazione Provinciale.* — Scad. 31 ag.; concorso a due posti di secondo assistente medico presso l'Istituto Elioterapico Vittorio Emanuele III, indetto dal Consorzio Provinc. Antitubercolare di Bussano di San Remo. Rivolgersi alla Segreteria del Consorzio, presso l'Amministrazione Provinciale.

Mortegliano (*Udine*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., c.-v.

Padova. *Ospedale Civile.* — Scad. 31 ag.; assistente effettivo di chir.; L. 5000 e 2 bienni dec.; riduz. 12 %; stanza; medaglie L. 30; età lim. 33 a.; tassa L. 50,10.

Padova. *Ospedale Civile.* — Scad. 30 sett., ore 17; primario di un reparto di medicina; titoli ed esami; L. 4000 l'anno, decurtate del 12 %, esclusa qualsiasi indenn. di c.-v.; tassa L. 50,10; età lim. 45 a. al 1° ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data. Chied. avviso.

Roccarainola (*Napoli*). — Scad. 10 sett.; L. 9500 e 4 quadrienni dec., c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

Rodigo (*Mantova*). — Scad. 30 sett.; 1ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni di L. 1000, c.-v., se uff. san. L. 800, automob. obbligat. L. 2500; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

S. Paolo Matese (*Matera*). — Scad. 10 ott.; lire 3000 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 40 a.

Siracusa. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Scadenza ore diciotto del 3 novembre 1933-XII. Stipendio annuo L. 17.200, suscettibile di tre aumenti quadriennali, il primo di L. 600, il secondo di L. 800 ed il terzo di L. 900. Indennità caro viveri fino a quando sarà mantenuta agli altri impiegati della Amministrazione. Stipendio ed indennità sono soggetti alle trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. Alla domanda dovranno allegarsi i documenti prescritti dall'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, oltre i seguenti: certificato di iscrizione al Partito Nazionale Fascista; ricevuta di cartolina vaglia di L. 50. I documenti non di carattere fisso dovranno essere di data non anteriore a tre mesi. Assunzione servizio entro 30 giorni dalla data della partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Chiarimenti e richiesta dell'originale avviso di concorso alla Segreteria Generale della Provincia.

Tomba (*Pesaro*). — Scad. 20 sett.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; addizionale L. 2 oltre i 500 pov. e L. 3 oltre i 1000; per cavalc. L. 3000; c.-v.

Tollo (*Chieti*). — Per titoli, posto di medico-chirurgo. Stipendio L. 9000 per i primi 500 poveri; con aumento di un decimo allo scadere di ogni quadriennio di effettivo servizio e per cinque quadrienni. Compenso di L. 5 per ogni povero in più dei primi 500. Per l'eventuale incarico di ufficiale sanitario assegno annuo L. 500. Indennità annua di L. 1500 per mezzo di trasporto. Stipendio e assegni sono al lordo delle trattenute di legge e saranno diminuiti del 12 %. Domanda e documenti, l'elenco dei quali con tutte le relative formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, debbono pervenire alla Segreteria stessa entro il 20 settembre 1933.

Trapani. *Ospedale Psichiatrico Prov.* — Scad. 31 agosto; due medici di Sezione e due medici assistenti; stipendi L. 12.600 e 11.000; serv. att. lire 3500 e 2800, c.-v., ecc.; riduz. 12 %; età lim. anni 45 e 40; tassa L. 50,10.

Treviso. *R. Prefettura.* — Scad. 15 nov.; uff. san. del capoluogo; L. 14.850 ridotte del 12 %; 5 quadrienni dec., serv. att. L. 2500, assegno carica L. 1000, trasp. L. 1000; divieto eserc. profess. libero; doc. a 3 mesi dal 10 ag.

Villobra (*Treviso*). — Scad. 15 ott. Rivolgersi segret. comun.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Concorsi a premi.

Fondazione Luigi Devoto.

Il giorno 31 dicembre 1933, alle ore 15, si chiude il concorso indetto dal R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, per il premio biennale, internazionale di L. 10.000, all'autore di un lavoro, pubblicato, il quale « *abbia portato un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro* ». Sono ammessi soltanto i lavori pubblicati dal 1° gennaio 1932 al 31 dicembre 1933. Possono concorrere italiani e stranieri presentando le loro pubblicazioni in una delle cinque lingue: italiano, francese, inglese, spagnuolo e tedesco; i concorrenti stranieri però dovranno unire un sunto del lavoro in italiano o francese. Le opere presentate si conserveranno nella Biblioteca dell'Istituto per corredo dei proferiti giudizi. Rivolgersi al R. Istituto, via Brera 28, Milano.

Fondazione « Tommaso Storelli ». — È indetto un concorso al premio di L. 1250; possono parteciparvi i laureati italiani che abbiano conseguito il diploma nell'anno precedente a quello per il concorso al premio. Essi debbono dimostrare di avere frequentato l'ultimo triennio nella facoltà Medico-Chirurgica di Bari e di aver riportato almeno gli otto decimi negli esami di patologia e clinica medica. L'assegnazione del premio sarà fatta al concorrente che presenterà il miglior lavoro in patologia o clinica medica. Le domande e i relativi documenti dovranno essere inviati al Magnifico Rettore entro il 31 agosto.

☛ ***In uno dei prossimi numeri daremo:***

TUMORE DELL'ANGOLO PONTO-CEREBELLARE SINISTRO

Lezione clinica del prof. A. Gasbarrini

Direttore dell'Istituto di Clinica Medica della R. Università di Padova

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Nella Repubblica Argentina sono stati istituiti dei Premi Nazionali delle Scienze. Il primo premio, di 30.000 pesos (120.000 lire al cambio attuale) è stato assegnato ai dottori Solé e Piñero Serond, per i loro studi sull'ulcera gastrica. Anche il terzo premio, di 10.000 pesos (40.000 lire), è toccato a due medici: il dott. A. Bakro, per il suo studio sull'occlusione delle coronarie, e il dott. A. Salaber, per la sua tesi sull'embriologia dell'apparato genitale femminile. Il premio per la migliore opera di medicina pubblicata nel biennio 1931-32 è stato assegnato al dott. Diez, per la sua trattazione: chirurgia del sistema simpatico.

La Società tedesca di oto-rino-laringologia ha assegnato il premio Denker al prof. Perwitzschky, di Monaco, per il suo lavoro riguardante l'influenza delle onde sonore corte e deboli sull'orecchio.

Il prof. Luigi Devoto è riconfermato rettore della provincia di Milano.

NOTIZIE DIVERSE.

5° Congresso medico argentino.

Il V Congresso nazionale medico della Repubblica Argentina si adunerà a Rosario de Santa Fé nel luglio del 1934. Tratterà il tema ufficiale « Amebiasi », affidato ai dottori Salvador Mazza, David Staffieri, Daniel Greenway e Armando Marotta, i quali ne prenderanno in esame rispettivamente il lato epidemiologico, medico, parassitologico e chirurgico.

Il Congresso comporterà le seguenti Sezioni: Clinica medica e Terapia; Pediatria; Neurologia e Psichiatria; Dermatologia e Sifilologia; Biologia generale; Chirurgia generale e Ortopedia; Ostetricia e Ginecologia; Oftalmologia; Otorinolaringologia; Urologia; Radiologia e Fisioterapia; Igiene e Medicina sociale; Medicina legale e Tossicologia; Farmacia e Biochimica; Odontologia; Medicina militare e navale; Pedagogia medica e Problemi universitari; Infezioni e Patologia regionale. Il Comitato esecutivo si riserva la facoltà di modificare la divisione in Sezioni e di creare delle Sottosezioni, a seconda del numero di comunicazioni presentate e delle loro affinità.

Al Congresso possono aderire singole persone, riviste ed istituzioni. Le riviste e le istituzioni non possono essere rappresentate che da un solo delegato. Le quote d'iscrizione sono: 10 pesos per le persone, 20 per le riviste, 50 per le istituzioni.

Rivolgersi alla: Associación Médica Argentina, Santa Fé 1171, Buenos Aires, Argentina.

Congresso Nazionale dell'Associazione Volontari Italiani del Sangue.

L'Associazione predetta (A.V.I.S.) ha convocato un Congresso per il 22 ottobre a Milano nell'Aula dell'Accademia Medica Lombarda (sede del Sindacato Medico Provinciale Fascista, in Piazza Duomo 20), gentilmente concessa; esso si svolgerà in due sedute, una antimeridiana ed una pomeridiana. Verrà fatta una relazione dal prof. Leone Lattes, membro italiano nel Comitato Internazionale per lo studio dei gruppi sanguigni, presidente del Comitato Scientifico dell'A. V. I. S., sul tema: « Scienza e tecnica nella trasfusione ».

È in programma una gita a Varese.

La quota di iscrizione per i membri ordinari (dirigenti sanitari delle Sezioni dell'A. V. I. S.) è di L. 25 e per i membri straordinari (altre persone, associazioni, istituzioni) è di L. 30. Coloro che intendono partecipare al Congresso con comunicazioni devono far pervenire il titolo di esse entro il 15 settembre e il testo in duplice copia dattilografato entro il 30 dello stesso mese. Rivolgersi al dott. Vittorio Formentano (Istituto Ematologico Milanese), via Moscova 18, Milano.

Corsi di perfezionamento.

Un corso complementare sulle malattie del cuore e dei vasi avrà luogo, a cura dell'Associazione d'insegnamento medico degli ospedali di Parigi, nel Servizio e sotto la direzione del dott. C. Laubry. Il corso durerà dal 3 al 21 ottobre. Tassa di iscrizione 150 franchi. Rivolgersi al dott. H. Dany, Hôpital Broussais, rue Didot 94, Paris (14e).

La " giornata della madre e del fanciullo ,,

Come è stato annunciato, S. E. il Capo del Governo ha stabilito sino dallo scorso aprile, nel no-

bile intento di esaltare con una grande manifestazione nazionale la maternità e l'infanzia, d'istituire la « giornata della Madre e del fanciullo », che avrà luogo ogni anno il 24 dicembre.

Il Duce ha affidato all'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia l'organizzazione della giornata: il presidente dell'Opera stessa, gr. uff. avv. Sileno Fabbri, a sua volta ha impartito opportune disposizioni alle Federazioni provinciali. La celebrazione consisterà in solenni riunioni durante le quali, davanti alle autorità cittadine, dopo una breve illustrazione del significato della cerimonia, verranno distribuiti premi di nuzialità e di natalità già predisposti dagli organi dell'Opera stessa o dagli altri enti locali. Potranno anche essere indetti concorsi a premio per i bambini più sani e meglio rappresentanti le caratteristiche della razza. Durante la stessa giornata, ad iniziativa sempre degli organi dell'O. N. M. I., dovranno aver luogo speciali spettacoli cinematografici dedicati alle madri ed ai fanciulli.

Si prevede, dato che le iniziative relative a premi di nuzialità e di natalità durante quest'anno sono state particolarmente numerose, che parecchie diecine di migliaia di famiglie italiane, nel giorno che precede la Natalità, avranno ad opera del Regime, in un'alta e nobile atmosfera di concreta esaltazione della maternità e dell'infanzia, il segno tangibile della riconoscenza nazionale.

Per un monumento a Golgi.

Il Comitato per le onoranze alla memoria del prof. Camillo Golgi ha bandito il 3° concorso nazionale per un monumento da collocarsi nel cortile detto « delle Statue » dell'Università di Pavia.

All'artista prescelto per l'esecuzione dell'opera sarà assegnata la somma di 90 mila lire, comprendendo in tale somma tutte le spese per l'acquisto di materiale e per la lavorazione. Il monumento dovrà essere consegnato e posto in opera entro un anno dalla firma del contratto di esecuzione.

Diplomi medici stranieri in Argentina.

Le leggi dell'Argentina non riconoscono i diplomi medici stranieri, fatta eccezione per quelli di tre Stati sud-americani: Uruguay, Paraguay e Bolivia. Più volte i medici argentini hanno chiesto che fossero abrogate le convenzioni con questi tre Stati.

Tutti i medici diplomati in altri Stati devono avere il diploma convalidato, sostenendo una spesa elevatissima, di 4000 pesos; inoltre devono superare 38 esami; solo per i diplomati di nazionalità argentina gli esami sono ridotti a 3 (medicina, chirurgia e ostetricia). Tuttavia il Governo può riconoscere i diplomi stranieri e autorizzare all'esercizio professionale, quando si tratta di medici chiamati da Enti nazionali. È accaduto così che anatomici, embriologi, batteriologi, si trasformassero di colpo in medici pratici. Di recente molte proteste sono state sollevate perchè si è riconosciuto il diritto ad esercitare ad un medico austriaco, dott. Schlanger, in quanto un professore dell'Università di La Plata lo aveva nominato preparatore e il chirurgo Finochietto, incaricato di medicina operatoria all'Università di Buenos Aires, lo aveva poi impiegato come radiologo.

Sovraproduzione di medici al Giappone.

Nel 1925 il Giappone contava un medico ogni 1078 abitanti; nel 1930 la proporzione si era ridotta a 1:1297. Ora, però, la situazione è rapidamente cambiata, in seguito alla fondazione di molte scuole mediche, avvenuta nel 1928, per effetto della prosperità di cui godeva allora la professione.

Le 19 Facoltà mediche universitarie e gli 11 Collegi medici ora esistenti nel Giappone, hanno scaricato in quest'anno (durante l'aprile, epoca delle lauree nel Giappone) 3143 nuovi medici. I medici morti durante il 1932 furono 933 e quelli che rinunziarono alla professione furono 23; quindi viene ad aversi un'eccedenza di oltre 2000 medici, di gran lunga sproporzionata all'incremento di popolazione. Se si continuasse con lo stesso ritmo, si calcola tra dieci anni si avrebbe un medico ogni 500 abitanti.

In materia di responsabilità medica.

Nel 1929 un signore parigino in villeggiatura rimase ferito alla gamba sinistra per un infortunio automobilistico; il medico del posto assicurò che non si erano prodotte lesioni gravi e che il paziente poteva subito riprendere a camminare. Più tardi tre esperti di Parigi, Auvray, Balthazard e Belvèle, accertarono invece una frattura incompleta del femore; donde una causa intentata dal paziente contro il medico che lo aveva curato, il quale ora, dopo quattro anni, si è visto condannare dal Tribunale Civile di Sainte-Affrique (Aveyron) a 5000 franchi, per coprire le spese richieste dalla diagnosi esatta e perchè la marcia anticipata, pur senza aver pregiudicato la guarigione, fu causa di dolori all'arto.

Un po' dovunque.

Si è tenuto a Basilea il Congresso medico svizzero. Nell'occasione si è adunata anche la Società svizzera di neurologia.

Il 29 luglio si è tenuta a Reims una « giornata medica missionaria »; vi erano rappresentate 5 nazioni: Belgio, Francia, Italia, Svizzera, Stati Uniti. Tra gli oratori fu don Ugo Bertini, direttore dell'Unione missionaria del Clero italiano.

Si è adunato a Madrid un Congresso internazionale di omeopatia, presieduto dal dott. Manoel Torres Oliveiros. Alla seduta inaugurale intervenne il ministro della sanità pubblica.

Dal 7 al 9 settembre si terrà a Bordeaux il Congresso nazionale dei medici amici del vino della Francia; informazioni presso il Dr. Fagouet, cours G. Clemenceau 57, Bordeaux.

Un'« Associazione medico-chirurgica latino-americana » è stata fondata per iniziativa dell'Associazione Medica Peruviana « Daniel A. Carrion », che ha sede a Lima (Apartado, 925).

La Società medico-chirurgica bellunese si è adunata il 7 giugno, sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai dottori: M. Bertolozzi, G. Bombi, prof. D. Maselli, prof. G. Pieri, prof. R. Bardani, V. La Zanche.

La Società medico-chirurgica bergamasca si è adunata il 22 maggio, sotto la presidenza del prof. D'Alessandro. Furono fatte comunicazioni dai dottori: prof. L. Feci, P. Leidi, Zanetti.

L'Università di Jena ha festeggiato il 375° anniversario della sua fondazione.

All'Università di Istambul, della cui riforma demmo già notizia, è stato chiamato l'illustre clinico chirurgo Sauerbruch, il quale parteciperà all'insegnamento recandosi colà varie volte l'anno, per tenere lezioni e conferenze. Del corpo insegnante fanno parte tre donne, diplomate rispettivamente in Francia, in Germania e negli Stati Uniti.

Alla Fiera internazionale di Marsiglia, che avrà luogo dal 16 settembre al 1° ottobre, una Sezione verrà destinata all'arte medica e farmaceutica; inoltre saranno organizzate Giornate specialmente destinate al corpo sanitario (mediche, per l'infanzia, ecc.). Informazioni presso: « Foire de Marseille », quai des Belges 1, Marseille.

Un medico spagnolo ottuagenario, don Pedro Agnelo Abodia, si è iscritto nella Facoltà di lettere e filosofia di Saragozza ed ha superato l'esame del 1° corso, insieme agli altri studenti. È superfluo dire che ha ottenuto le massime classificazioni. Egli nacque a El Burgos de Ebro nel 1862 e si laureò in medicina nel 1873.
Casi del genere non sono rari negli Stati Uniti; in Europa si tratta di un'eccezione.

È morto a Lisbona il prof. Belo Morais, direttore di quella Clinica medica.

È morto a Leysin (Svizzera) il dott. Léopold de Reynier, uno dei più reputati specialisti di tisiologia. Durante la guerra si prodigò a favore dei prigionieri e perciò gli fu poi conferita la grande medaglia della Riconoscenza francese.

È morta la medichessa polacca Melania Lipinska, la quale fu una delle prime donne europee laureate in medicina (all'Università di Parigi). Molto apprezzata quale professionista, continuò ad esercitare attivamente anche dopo essere divenuta cieca. Viaggiatrice instancabile, volle fino all'ultimo soddisfare la sua passione per i lunghi viaggi, malgrado la cecità.

È morto a Madrid, in età di 83 anni, il dott. Carceles. Era stato ministro della marina. Condannato a morte perchè repubblicano, era riuscito a rifugiarsi in Francia, d'onde passò in Svizzera. L'avvento della repubblica gli ha permesso di tornare nella Patria in trionfo.

Il 30 di luglio moriva nella Sua casa il professore WILLEM STORM VAN LEEUWEN, farmacologo di Leida.
Iniziatosi assai tardi, nella piena maturità, agli studi medici, Egli scompare non ancora cinquantenne. Ma benchè breve il periodo della Sua vita dedicato alla medicina, fu sufficiente ad assicurargli una fama che ampiamente superò i confini del Suo Paese ed il Suo nome è oggi noto e sinonimo di originalità e serietà di ricerca in ogni centro culturale.
La Farmacologia fu la Sua materia di insegnamento, ma, spirito eclettico ed insofferente di barriere nel campo della speculazione scientifica, se pure lascia ricerche notevoli di Farmacologia pura, tuttavia la Sua fama è legata particolarmente a studi che da tale materia esorbitano. Le Sue indagini nel campo dell'allergia e delle malattie allergiche rappresentano il maggior retaggio di questo insigne Studioso. Sinceramente amico dell'Italia dove spesso ritornò (ed anche negli ultimi mesi, in cerca di una salute che nulla ormai poteva rendergli) Egli seguiva col più attento interesse quanto da noi si fa nel campo scientifico ed anche per le Sue classiche ricerche sulle malattie allergiche prese lo spunto (come afferma Egli stesso nella prefazione ad un Suo volume) dagli studi delle Scuole italiane.
A Lui particolarmente si deve nel campo delle malattie allergiche il riconoscimento di numerosissime cause allergizzanti e particolarmente la giusta valorizzazione di muffe e funghi microscopici diversi, specie del genere aspergilli, quali agenti di allergia. Egli giunse a queste conclusioni in modo veramente geniale, attraverso lo studio attento e minuzioso della distribuzione geografica dell'asma. Gli fu così possibile rilevare come fossero per l'appunto le zone a forte umidità quelle dove più frequente era l'asma fino a giungere a località (zone basse dell'Olanda) dove la malattia è ampiamente generalizzata ad andamento veramente endemico. Da questa prima constatazione risalì alla causa di tali maggiori frequenze dell'asma insito per Lui nel più rigoglioso sviluppo di muffe e nella conseguente maggior densità di allergeni nell'aria inalata.
La dimostrazione assoluta della genesi estrinseca, ambientale di tali casi di asma Egli la dette a mezzo delle Sue « camere senza miasmi », ambienti cioè ermeticamente chiusi in cui l'aria esterna giunge filtrata e depurata. Con tale dispositivo immettendo nell'ambiente (all'insaputa dei pazienti) aria circostante ora sì ed ora no filtrata, Egli vide alternativamente scomparire e ricomparire gli accessi asmatici nei suoi malati. « Camere senza miasmi » che ebbero in seguito più ampia applicazione adattandosi alla diagnostica e terapia di numerose forme morbose (asma, eczemi, pertosse, ecc.) ed avendo trovato anche applicazioni industriali per la conservazione degli alimenti, ecc.
Nè a queste che, brevissimamente riassunte, sono le ricerche Sue più note, si limita l'opera Sua; se lo spazio non lo vietasse sarebbero ancora da ricordare fra le ricerche che ebbero più risonanza, quelle sulla componente allergica di svariate forme morbose, su di una reazione generica di allergia, su modificazioni fisiche del plasma nelle malattie allergiche, sul meccanismo genetico di questo gruppo morboso, ecc. ecc.
Mente eclettica ed originale, si era dedicato in questi ultimi tempi allo studio delle influenze meteoriche sull'organismo umano; putroppo questa nuova promettente strada fu da Lui solo potuta iniziare: la malattia e la fine prematura Gli impedirono di percorrerla appieno.
Oratore e conferenziere brillante, scrittore piacevole ed efficace, chi Lo conobbe ricorda di Lui l'ardente entusiasmo per i problemi scientifici, la chiarezza della mente, la rapidità di assimilazione, la signorilità del tratto, il singolare fascino che emanava dalla Sua persona.
Storm Van Leeuwen scompare nella pienezza dell'ingegno, in instancabile attività; la Sua breve giornata si è compiuta troppo presto, ma Egli lascia tuttavia profonda e duratura impronta di Sè.

G. MELLI.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Arch. It. di Chir., giu. — I. DAVANZO. Chetonemia e chetonuria in rapporto cogli interventi operativi. — G. NICOLOSI. Influenza della narcosi sui poteri immunitari.

Lancet, 15 lug. — D. HOUBLE. Influenza del sistema endocrino sulle emopatie.

Deut. Med. Woch, 14 lug. — Numero sull'eugenica, l'ereditarietà e l'igiene delle razze.

Ann. d'Ig., giu. — R. ARRIGONI e F. TRONCHETTI. Anacoresi. — V. ZAVAGLI. Crisi economica e alimentazione.

Wien. Klin. Woch., 21 lug. — NOBEL e RONALD. Mixedema infantile. — MAGISTRIS. Ormone del ricambio dei grassi nel lobo anteriore dell'ipofisi.

Trop. Dis. Bull., lug. — W. J. HARVEY. Batteriofagoterapia. — S. STANNUS. Bubbone climatico e forme affini.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., lug. — P. SCHILDER. L'apparato vestibolare nelle nevrosi e nelle psicosi. — H. L. CRONIN. Pellagra con disturbi oculari e psicosi.

Giorn. di Batteriol. e Immun., lug. — M. SACCHI. La batterioemia postoperatoria negli interventi sulle vie urinarie. — L. TROSSARELLI. Sulla batterioemia.

Morgagni, 11 giu. — S. FICHERA e L. BOTTINO. Potere ipoglicemizzante delle vitamine.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 giu. — E. RAMEL. Patogenesi del « complesso varicoso ».

Paris Méd., 8 lug. — L. BAZY. Le vaccinazioni preventive in chirurgia.

Mediz. Klinik, 7 lug. — L. ASCHOFF. Le emorragie apoplettiche cerebrali. — F. HAUROWIK. Chimica dell'immunità.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 9 lug. — M. SCHÄCHTER. Polineuriti apioliche.

Giorn. di Cl. Med., 30 giu. — L. DETRE. Agranulocitosi. — R. REITANO e L. DUCHINI. Cosidetto humore patogeno di milza nella polmonite lobare. — G. B. ARGENTINA. Scissurite e periscissurite azygos.

Riforma Med., 1 lug. — S. FICHERA e P. ALOISIO. Ipoglicemia alimentare precoce e tardiva.

Morgagni, 25 giu. — R. DE NUNNO. Temperatura dell'aria espirata.

Minerva Med., 14 lug. — F. SCHUPFER. Paraparesi da micrococco di Bruce. — G. NANNINI. Tbc. polm. associata a diabete m.

Paris Méd., 15 lug. — Numero di farmacologia.

Revue Belge Sc. Méd., mag. — E. DELCOURT-BERNARD. L'accesso febbrile.

Arch. It. di Chir., giu. — R. PALMA e P. PERONE. Appendicite e periduodenite. — C. DE FERMO. Ipofisi e tumori maligni. — E. PAGLIAI. Idrocele comunicante.

Riv. di Clin. Med, 15 feb. — A. MARLINI. Dermotifo estivo benigno non contagioso.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 28 Agosto 1933 - XI Num. 35

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA
SCUOLA DI MEDICINA PRATICA « A. MINICH ».

Siringobulbia. Problema eziologico e problema terapeutico.

Lezione del prof. G. JONA, medico primario.

V. Albino, vetraio, di a. 39, da Burano.

Padre morto a 60 a. di pellagra, madre morta a 50 a. di poliartrite: due fratelli vivi e sani.

Immune da lue e da malattie veneree, sobrio, lavoratore: a 19 a. sposò donna sana, da cui ebbe 4 figli, viventi e sani.

Nel 1911 contrasse malaria; nel '18, sul Piave, si reinfettò di malaria; ebbe qualche accesso, lungo 3 anni; nel '18 ebbe bronchite influenzale.

L'infermità, per cui entra in Ospedale, sarebbe pure esordita, secondo il paziente, all'epoca della guerra.

Nel gennaio '18, mentre era in trincea a Ca' Clementi (Cavazuccherina) dopo essere stato esposto per più giorni al freddo e all'umidità, ebbe fatti di congelamento alle due mani, che eran divenute cianotiche, insensibili, incapaci di movimento: non passò che tre giorni all'Ospedale da Campo, tornò migliorato in trincea, sempre però con parestesie dolorose, bilaterali, ma più intense a d., prima alla mano, poi a tutto l'arto; si curò con massaggi, ma senza vantaggio; tutto l'arto divenne un po' alla volta debole, denutrito, parestesico.

Congedato nel '20, dovette abbandonare il lavoro di vetraio perchè la mano destra non *prendeva*, e il braccio non si alzava che malamente.

Molto più tardi (dopo due o tre anni, secondo il paziente), si sarebbe manifestato anche all'arto inferiore d. un senso di raffreddamento e di formicolio, e insieme un indebolimento che andò accentuandosi sino allo stato attuale. Non accusa sensazioni particolari, nè fatti di debolezza motoria a sinistra. Non accusa alcuna turba viscerale.

E. O. Nutrizione e sanguificazione buone.

Capo: lieve spianamento dei lineamenti della metà destra; ipotonia nel campo del facciale inferiore: nei movimenti, stirato leggermente all'esterno e in alto l'angolo boccale sinistro. Pupille isocoriche, normalmente reagenti. Visus normale. Ipoestesia corneale bilaterale. Lingua con spiccata atrofia della metà sin., che è animata da continui movimenti vermicolari e fibrillari. È porta con deviazione verso sinistra (fig. 1).

Tutta la metà destra del corpo ha completa anestesia termica e dolorifica, e assai lieve ipoestesia tattile e barica.

Torace notevolmente asimmetrico, per caduta della spalla sinistra, portata in giù e in avanti.

Colonna in scoliosi dorsale destro-convessa. Il cucullare s. è spianato, fortemente ipotrofico così nella porzione superiore, come nella media ed

inferiore. Così pure il deltoide e i fasci superiori del gran pettorale (v. fig. 2), per cui tutto lo scheletro della spalla è posto in singolare evidenza, specialmente se il braccio è portato in avanti e in alto, con che si pone allo scoperto il fondo osseo della fossa sopraspinosa e tutto il tratto osseo acromio-clavicolare, per atrofia anche del muscolo sopraspinoso.

La scapola sinistra è portata in giù e in fuori: in posizione di riposo il margine int. dista dalla linea mediana circa 4 cm. più del corrispondente di destra.

Riflessi epi- ipo- meso-gastrico: torpidi o appena accennati.

R. cremasterico torpido.

Sensibilità: alterazioni irregolarmente distribuite, più importanti a destra (fig. 3).

La sensibilità tattile è leggermente diminuita alla mano e all'avambraccio destro fino a 10 cm. circa sopra il polso: è pressochè normale in tutto il resto. La sensibilità di pressione e stereognostica conservate.

La sensibilità termica e dolorifica è notevolmente diminuita in tutta la metà destra del

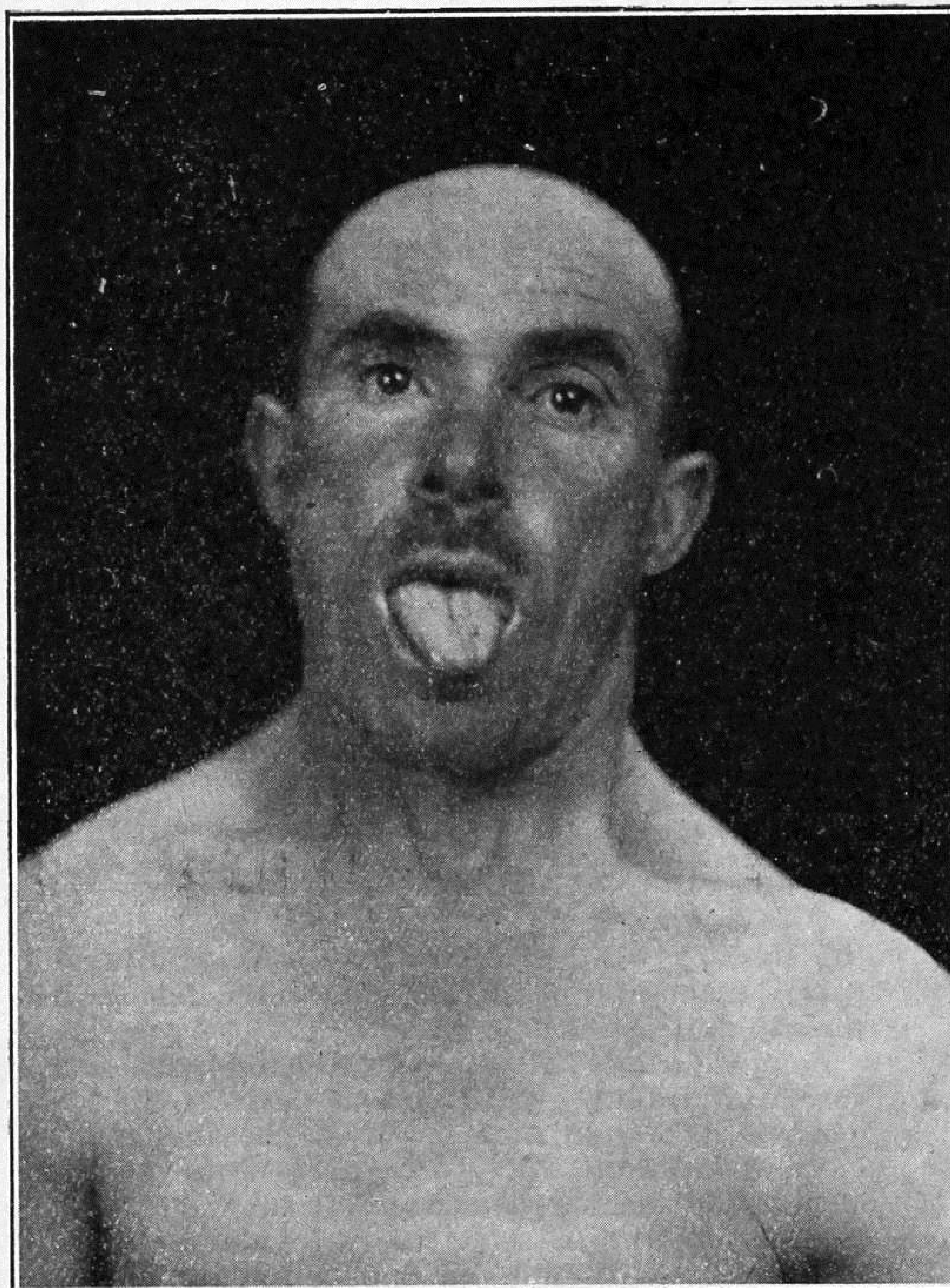


FIG. 1.

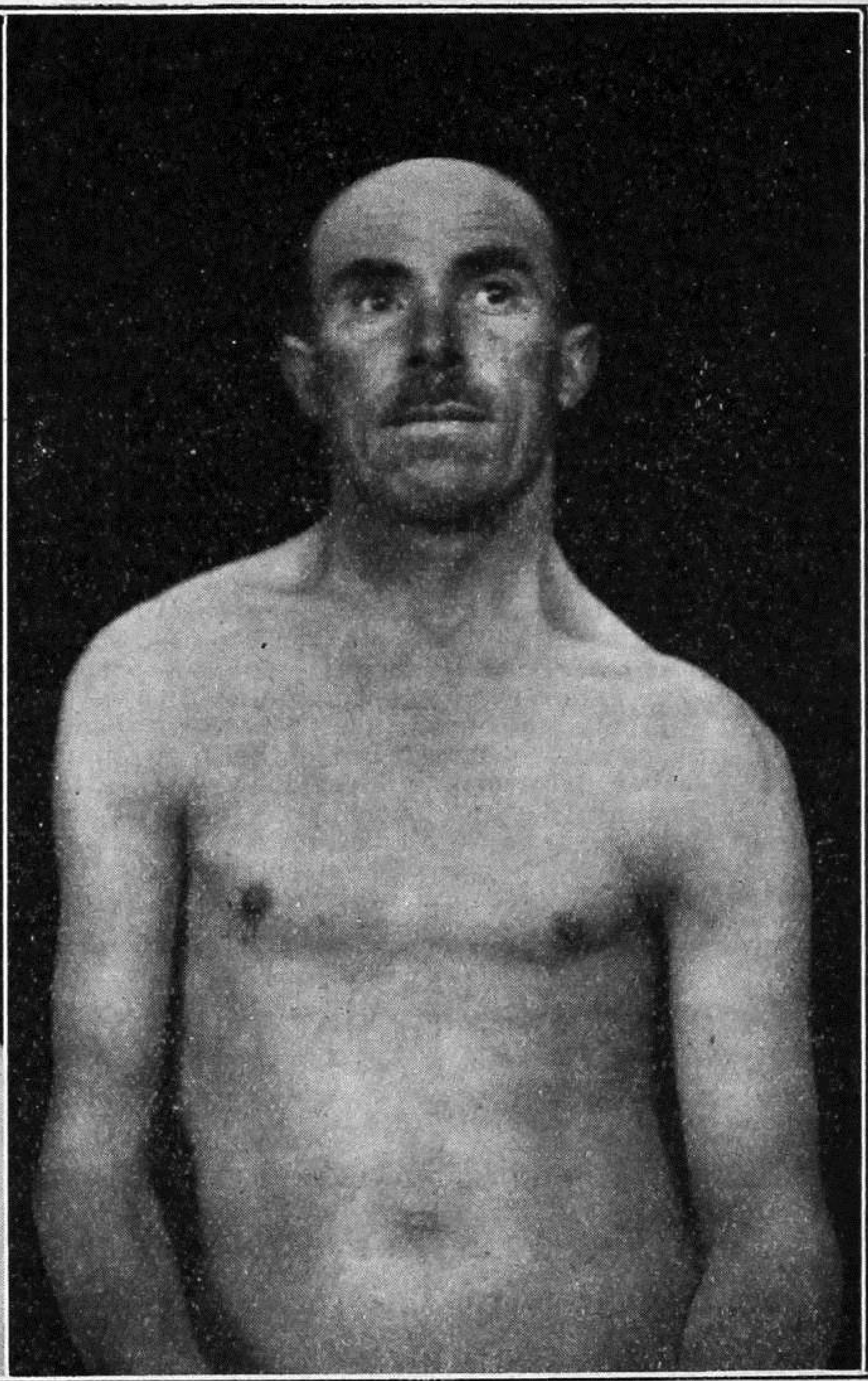


FIG. 2.

tronco, e all'arto super. destro: qui è pressochè abolita lungo una zona longitudinale sulla superficie antero-esterna del braccio.

All'arto inferiore d., la sensibilità per il caldo è diminuita alla gamba, mancante per un tratto della superficie laterale est. del ginocchio. Riappare alla coscia.

A sin., vi è una zona di quasi completa anestesia pel caldo e pel freddo, alla superficie della spalla e post-esterna del braccio.

Sulle linee mediana del capo e del tronco, la linea che divide il campo anestesico d. dal sinistro, rimane ora a d., ora a sin. della linea mediana.

Nel dominio del simpatico, lacrimazione continua dell'occhio d. strie vasomotorie di Trousseau spiccatissime, provocate, talora spontanee, su tutta la superficie del collo e del tronco, prevalentemente a destra.

Il torace si espande uniformemente, in alto; più a d. alla base.

Es. polmonare: negativo.

Cuore nei limiti normali: toni netti; polso regolare (84 al m.) elastico, ritmico.

Addome trattabile, indolente: organi ipocondriaci in sede.

Arti superiori. Il destro ha muscoli del braccio ipotrofici (cm. 25 e 23 contro cm. 29 e 26 del sinistro (vedi fig. 2), mano cianotica, in contrattura, con dita in flessione, con forza prensile minima.

A sin., atrofia e paresi del cucullare.

Arti inferiori. Trofismo conservato.

Mobilità: lieve deficit di destra.

Riflessi: rotulei accentuati bilateralmente, achilleo un po' esagerato a destra. Non cloni. Un accenno instabile di Babinski a d.; Oppenheim, Gordon, Marie-Foix negativi.

Riflesso pilomotore, alle coscie, assente.

Reazione elettrica degenerativa al deltoide e cucullare di sinistra.

Reazione *degenerativa* della porzione media e posteriore del deltoide di destra.

Notevolmente diminuita l'eccitabilità faradica dei muscoli del braccio di destra.

Apiressia costante.

Orine: normali.

Reazione di Wassermann nel sangue: negativa.

Puntura lombare, in posizione seduta: *liquor* limpido, incoloro: pressione aumentata (47 cm. al Claude), 53 dopo compressione delle giugulari); estratti 15 cc. di *liquor* la pressione scende a 36 cm.

Albumina 0,25 ‰.

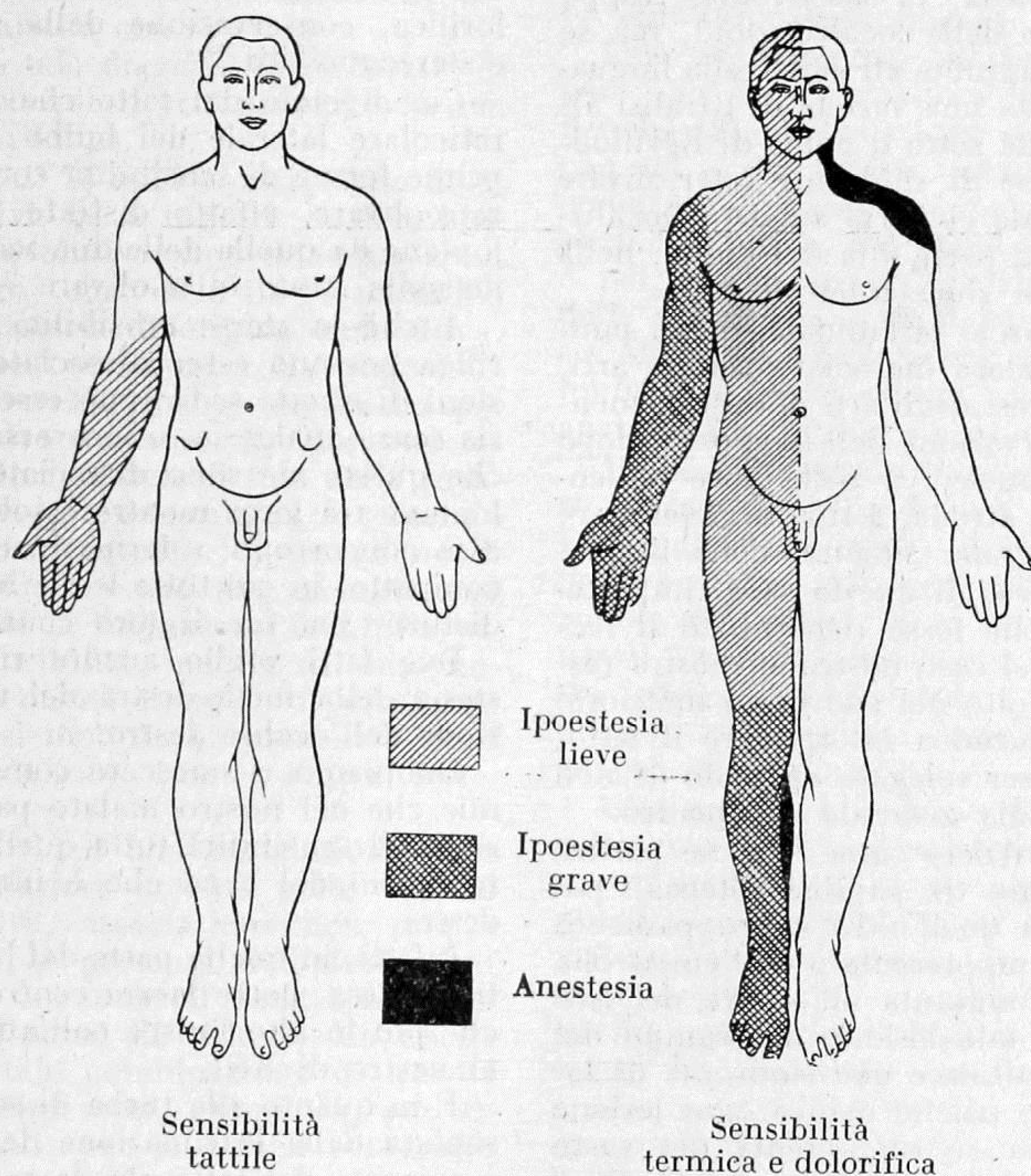


FIG. 3.

Glucosio 1 ‰.

Reazione di Nonne-Appelt, di Pandy, di Wassermann, negative; alla cella di Nageotte, 3 elem. p. mmc.

Il malato, di cui udiste la storia, è dunque un uomo visceralmente sano, psichicamente normale, ma che presenta gravi alterazioni del sistema nerveo-muscolare, le quali, nei loro tratti principali, possono esser così riassunte:

emiparesi motoria destra, lieve, ma totale;

emiatrofia linguale sinistra;

atrofia del cingolo scapolare sinistro, e atrofia dei muscoli del braccio destro;

alterazioni di sensibilità per lo più dissociate, vaste, irregolarmente distribuite, di gran lunga prevalenti a destra, ma presenti anche in zone di sinistra;

turbe a carico del simpatico, vasomotorie e secretive, prevalenti nel dominio cervicale, di destra.

La disseminazione, apparentemente irregolare, disordinata, di questi fatti complessi, potrebbe invogliare a considerarli di natura periferica e a inquadrarli o nel campo delle polinevriti o in quello delle miopatie protopatiche.

Ma se voi scorrete col pensiero i varii tipi con cui può presentarsi clinicamente la polinevrite, riconoscerete che in nessuno di essi rientra bene il caso nostro.

È così per le amiotrofie protopatiche, con cui potreste spiegare l'atrofia della lingua, del trapezio sinistro, dei muscoli omerali di destra, ma non l'emiparesi destra, le disseminate e gravi alterazioni di sensibilità, le turbe simpatiche.

Per spiegare questa complessità di fatti, e per spiegare la fisonomia di qualcuno tra essi e di qualche loro aggruppamento, noi dobbiamo ricorrere ad una lesione centrale.

È ben questa che ci accingiamo a ricercare, per assegnarle sede e natura.

Per ciò che riguarda la sede, la sintomatologia del caso nostro è così ricca che ci permette di penetrare per più vie nel problema diagnostico.

Però, questa stessa ricchezza e varietà di sintomi, ci obbliga a scegliere come punto di partenza, raggruppamenti di fatti tra i più significativi, ad identificare quelli apparentemente antagonistici ma che forse appunto per ciò racchiudono in sè la chiave della diagnosi. Tanto meglio se essi rappresentano sindromi già note, e quindi di più sicura interpretazione.

L'emiparesi destra presenta delle note particolari che la staccano dalle comuni emiparesi capsulare o corticale o talamica. Essa colpisce poco la motilità, molto la sensibilità, è accompagnata da atrofie localizzate con gran prevalenza a un segmento dell'arto superiore: al braccio; dà un Babinski incompleto.

Considerata da sola, ci lascierebbe troppo spaziare nel campo delle localizzazioni, ma se la consideriamo congiunta all'emiatrofia linguale sinistra, ne risulta una varietà di paralisi alterna, già conosciuta sotto il nome di Révillod-Goukowski, o anche di sindrome inter-olivare di Déjerine, la quale ci porta subito a localizzare la lesione nella parte alta del bulbo, nella metà sinistra della zona inter-olivare.

Là è colpito il fascio piramidale, in un punto in cui non è ancora incrociato per gli arti, e quindi dà emiparesi degli arti di destra, mentre è colpita l'innervazione dell'ipoglosso, dopo incrociata, o nel nucleo, o nelle fibre radicolari, risultandone l'atrofia, a tipo degenerativo, della metà omolaterale (sinistra) della lingua.

L'emiplegia destra, di questa sede, importerebbe veramente che fosse risparmiato il facciale, che invece nel caso nostro si mostra (assai lievemente) colpito nel suo ramo inferiore. Non voglio dilungarmi a interpretare il fatto, che credo possa esser spiegato in modo da non alterare la fisionomia generale del quadro.

Passiamo ora a vedere come anzichè partire da questa sindrome di paralisi alterna, potremmo partire da quell'altro aggruppamento sintomatico che è rappresentato dall'emiatrofia linguale sinistra congiunta all'atrofia del trapezio di sinistra: tale lesione nel campo del 12° e 11° paio, costituisce una sindrome di Jackson (incompleta, poichè manca ogni lesione del X°) che di per sè rappresenta nel vasto gruppo delle così dette *sindromi dei 4 ultimi nervi cerebrali*, quella che forse più frequentemente è legata a lesione intracerebrale, per lo più dei nuclei dell'ipoglosso ed ambiguo, ambedue collocati nella porzione alta del bulbo.

La localizzazione coincide adunque colla precedente, aggiungendo però che l'atrofia del trapezio avendo colpito anche le parti media ed inferiore del muscolo, che sono innervate da radici cervicali, dobbiamo pensare che la lesione bulbare si estende in basso anche a un tratto del midollo cervicale.

Fin'ora ho considerato lesioni motorie e trofiche.

Se ora vogliamo parlare di quelle della sensibilità, troviamo che anche queste, così gravi nel nostro malato, si inquadrano bene in una localizzazione bulbare.

Esse sono spiccatissime su tutta la metà destra, più spiccate che non quelle di motilità, ed hanno dovunque carattere dissociato, colpendo sopratutto la sensibilità termica e dolorifica, poco le altre.

Ora sappiamo che le vie sensitive corrono nel bulbo, completamente distinte e soprastanti alle vie motorie piramidali.

Una lesione può colpirle direttamente, turbando solo per vicinanza le vie motorie.

Ed è proprio di questa sede, che le alterazioni di sensibilità, si presentino dissociate, e il più spesso dissociate a tipo siringomielico, con alterazione della sensibilità termica e dolorifica, conservazione della sensibilità tattile e stereognostica.

Ciò dipende dal fatto che nella formazione reticolare laterale del bulbo, le vie delle due prime forme di sensibilità corrono nello strato retroolivare, affatto distinte e relativamente lontane da quelle delle due seconde, che corrono nello strato inter-olivare.

Anche le stesse sensibilità termica e dolorifica possono esser dissociate tra loro, in lesioni di questa sede: può esservi termo-anestesia senza analgesia, o viceversa, poichè qui anche queste vie sono dissociate e relativamente lontane tra loro, mentre è solo più in alto che esse concorrono a formare un nastro di Reil compatto, in cui tutte le vie hanno i loro posti distinti, ma fra di loro contigui.

Due fatti voglio ancora ricordarvi: l'ipoestesia della metà destra del capo, la lacrimazione dell'occhio destro.

Dobbiamo riconoscere come del tutto naturale che nel nostro malato partecipi all'alterazione di sensibilità tutta quella vasta parte del territorio del capo che è innervata dal 5° di destra.

Infatti, in quella parte del bulbo che ammettiamo lesa, corre la *via centrale* del trigemino che più in alto finisce coll'affiancarsi pur essa al nastro di Reil.

E in quanto alla turba di secrezione, rappresentata dalla lacrimazione dell'occhio d., essa è spiegata dal fatto che la radice sensitiva del 5° nel suo tragitto bulbare, racchiude pure fibre del simpatico, come è dimostrato e dall'anatomia, e dalla fisiologia sperimentale.

Adunque tutto concorre a far ritenere che nel nostro malato vi è una grave lesione insediata nella parte alta del bulbo, che ha colpito i nuclei dell'XI° e del XII°, alterato le vie di motilità, e le vie di sensibilità che vi passano accanto, e probabilmente estendendosi o infiltrandosi alquanto verso l'alto, minando l'integrità delle vie del V° e del VII°, e verso il basso, colpendo il nucleo spinale dell'XI° e nuclei innervanti muscoli degli arti superiori colpiti pure da spiccata atrofia.

Di che natura sarà tale lesione?

*
* *

Possiamo spaziare nel vastissimo campo delle lesioni vascolari, infiammatorie, neoplastiche, che colpiscono la regione: i rammollimenti trombotici, le polio-encefaliti inferiori, i granulomi specifici, i tumori propriamente detti, i parassiti.

Nella discriminazione, devono guidare: i caratteri generali dell'andamento, che si è mostrato squisitamente cronico, progressivo e benigno rispetto allo stato generale del malato, *poi* la causa a cui sembra doversi collegare la forma nostra, *poi* la varia frequenza dei singoli processi in questa sede, *poi*, e principalmente, la qualità stessa dei fenomeni che costituiscono la malattia che si svolge.

Non credo che tale diagnosi differenziale di natura, fondata su questi criterii. richieda una discussione molto lunga.

Un andamento di 15 anni non si adatta nè ai granulomi infettivi, nè ai tumori; l'essere lungo, progressivo, evolutivo, non si adatta a un processo vascolare cioè nè a un'ematobulbia nè a una bulbomalacia di origine trombotica.

Potrebbe invece conciliarsi colla *polioencefalite inferiore cronica*, ma se ne stacca per l'aspetto del quadro morboso: La polioencefalite inferiore suole assumere il tipo della paralisi labbio-glosso-laringo-faringea, *colpendo* per lo più sistematicamente l'innervazione di tutti questi organi, ciò che non avvenne nel caso nostro, in cui la lingua sola è colpita; *risparmiando* la sensibilità, mentre nel caso nostro questa è fortemente alterata, *risparmiando* l'innervazione così motoria che sensitiva degli arti, che qui invece sono, l'una e l'altra, fortemente colpite.

Potrebbe pensarsi ad una associazione della polioencefalite inferiore cronica colla sclerosi laterale amiotrofica, associazione non rara e che spiegherebbe la presenza dell'atrofia linguale coll'atrofia dei muscoli della spalla, associata ad esagerazione di riflessi, Ma anche l'ipotesi di una tale combinazione di quadri sarebbe troppo, direi così, grandiosa, per alcuni ordini di fatti (per la atrofia sopratutto che nel nostro caso è limitata a pochi territorii), e invece sarebbe insufficiente per altri, e cioè per le grandi alterazioni della sensibilità presenti nel nostro malato, e che non son proprie nè della polioencefalite nè della sclerosi amiotrofica.

Vi è un'altra forma morbosa, la *pachimeningite cervicale ipertrofica*, che per la sua sede alta, per la natura del processo meningeo (il quale esercita azione diffusamente ed irregolarmente comprimente ed anche deformante, sull'organo midollare sottoposto), potrebbe certamente spiegare la complessa sindrome del caso nostro, ma essa, se pure ha ancora diritto di occupare un posto distinto nella nosografia (ciò che si tende sempre più ad escludere), quando esiste come tale, deve dare alterazioni chimiche e citologiche del *liquor* che pure qui mancano.

Rimane finalmente da considerare una forma la quale, localizzata al bulbo, dà assai spesso un quadro in tutto rispondente al caso nostro, e cioè la *siringomielia* che qui diventa *siringobulbia*.

Veramente la stessa *meningite ipertrofica* può secondariamente determinare una *siringomielia*, ma essa, per le ragioni anzidette, va esclusa, mentre invece può rimanere il concetto di siringomielia, ma di origine diversa.

Una tal diagnosi ci è forse imposta da un qualche sintomo patognomonico?

Non lo credo. Direi che la siringomielia non ha sintomi patognomonici.

Vi è un fenomeno che le è strettamente legato, cioè la *dissociazione delle sensibilità*. Ma benchè tale dissociazione sia così spiccata anche nel nostro malato, neanch'essa invoco qui come segno patognomonico, perchè è ormai pacifico ch'essa può trovarsi in altri processi e poi, e più ancora, perchè la dissociazione delle sensibilità, è assai frequente in ogni vasta alterazione della parte alta del bulbo, qualunque ne sia la natura, e ciò per le ragioni anatomiche che vi ho esposto poco fa.

Anche *l'emiatrofia linguale* è descritta spesso in casi di siringobulbia, ma però può trovarsi nella tabe, nella sclerosi a placche, nella polioencefalite inferiore, nella sclerosi laterale amiotrofica, oltre che in processi non sistematizzati, centrali e periferici. Perciò anche questo fatto, così importante e così manifesto nel nostro malato, è ben lontano dall'esser decisivo per la diagnosi.

Adunque, non è tanto l'uno o l'altro dei sintomi o degli aggruppamenti di sintomi del nostro malato, che ci porta al giudizio di *siringobulbia*, quanto l'insieme di essi.

È un insieme costituito da alterazioni di motilità e di trofismo, da dissociazione delle sensibilità, da turbe del simpatico, quale è nel fondo di pressocchè ogni quadro di siringomielia, e da cui risulta (pur in mezzo alle grandi varietà derivanti dalla sede, dall'estensione, dall'origine, dalle complicazioni del fondamentale fatto cavitario) una *facies* che parmi spettare chiaramente al caso nostro.

Ciò mi suggerisce un'altra considerazione, e cioè che non è sempre vero che il quadro sintomatico delle malattie nervose centrali, è dominato dalla sede anzichè dalla natura del morbo, ma che è vero invece che vi concorrono i due elementi nella stessa misura, o meglio ancora, che i due elementi si influiscono tra di loro così da doverli considerare in un blocco. Basta considerare che molto spesso è la varia natura del morbo, quella che, entro agli stessi centri nervosi, lo porta ad agire piuttosto sull'uno che sull'altro dei suoi organi od elementi: vi cito quale esempio la encefalite di Economo e la encefalite di Werni-

cke, le quali, anche quando colpiscono l'una e l'altra il mesencefalo, prediligono nuclei diversi, ma poi direi che anche quando colpiscono lo stesso nucleo, imprimono al fenomeno che ne deriva un carattere e sopratutto una evoluzione ben diversa, in rapporto non alla sede che sarebbe allora la stessa, ma alla diversità del *virus* che le determina.

In quanto alla siringomielia, questa deve il suo speciale aspetto sintomatico forse a ciò che essa (come vi dirò subito) si stabilisce preferibilmente su terreno di gliosi; che la gliosi colpisce preferibilmente la sostanza grigia posteriore, percorsa dalle vie di sensibilità, complicate e intrecciate assai più che le motorie, e che la gliosi tende a diffondersi, lentamente, in profondità e in altezza, cosicchè la stessa siringomielia finisce coll'assumere dei quadri sintomatici vasti, legati e alla varietà di sistemi colpiti, entro al midollo, e all'estensione talora assai grande della loro lesione, e poi forse anche a ciò che il ristagno di *liquor* nella cavità siringomielica può determinare turbe, e meccaniche, e chimiche e biologiche nella circolazione di esso. Vorrei dimostrarvi tutto ciò, se non me lo impedissero i limiti della lezione.

* * *

Per tutte le considerazioni che ho esposto, formulo la diagnosi di *siringobulbia*.

Ciò significa, come ben sapete, che nel bulbo si è formato una cavità, la quale può essere, o non essere, in rapporto colla cavità del midollo, qui già apertasi a formare la cavità del 4° ventricolo.

Ma, si tratti di siringobulbìa o di siringomielia, nell'ammettere l'esistenza di questa cavità abnorme, non abbiamo detto tutta la diagnosi anatomica della lesione, poichè sappiamo che la cavità siringomielica può aver origini varie, dalla anomalia di sviluppo, alla distensione eccentrica del canale preesistente per iperpressione del *liquor*, dalla disintegrazione di un focolaio emorragico o di rammollimento trombotico, alla fusione di tessuto granulomatoso o neoplastico, sino all'evoluzione tardiva di un processo poliomielitico o polioencefalitico.

Da queste varietà di origine, è sorta la varietà di teorie patogenetiche le quali, più che contrapporsi, si completano tra loro, poichè derivano da serie di casi svariatissimi, aventi in comune una cosa sola: l'esistenza della cavità.

Certo però che essa è il più frequentemente legata alla gliosi, tessuto neoformato, intermedio tra l'infiammatorio e il neoplastico, derivante dalla microglia, il più spesso costituito quasi interamente da fibrille, povero di elementi cellulari, distinto quindi dal vero glioma, che è invece ricco di cellule.

Parmi assai probabile che anche nel nostro caso la siringobulbìa sorga da una gliosi, perchè è l'esperienza che dimostra che è questo il processo da cui più facilmente sorge, e poi perchè la gliosi, processo di per sè asssai lentamente progressivo, e infiltrante, si adatta meglio che ogni altro, all'evoluzione del caso nostro e ad alcuni particolari del suo quadro sintomatico, come Voi stessi potete riconoscere dopo ciò che ripetutamente Vi ho esposto.

* * *

Vi sono ancora due punti su cui desidero richiamare la Vostra attenzione: il problema eziologico, e la terapia.

Nella trattazione strettamente clinica, l'eziologia, quando si tratti di processi cronici, al di fuori delle forme infettive, o delle distrofie classiche, è troppo spesso trascurata. Eppure essa ha una grande importanza: importanza *pratica*, perchè sempre più si intreccia alla patologia del lavoro, e a sempre nuovi e pressanti problemi medico-legali, e importanza *teorica*, perchè, là dove ci troviamo in campi di oscurità o di incertezze causali, sono i casi clinici, che devono, con elementi anamnestici bene assodati, porre le fondamenta a ricerche eziologiche più precise, così nel campo sperimentale, come nello studio anatomo-istologico o parassitologico.

Il caso clinico per lo più non ci dà che dei rapporti cronologici. Ma se questi sono sicuri, e limpidi, rispetto ad altri elementi del caso, possono ben guidarci a conoscere rapporti causali, o assurgere direttamente a dignità di tali.

Nel caso nostro, il malato che subì un congelamento in trincea nell'inverno 1918, assicura che le sofferenze attuali si sono iniziate proprio allora, che anzi le sofferenze del congelamento passarono direttamente in quelle dello stato che anche oggi perdura.

Dobbiamo credergli, perchè il malato non mostra alcuna tendenza a mentire o ad esagerare, anzi si è mostrato sotto questo rapporto di una ingenuità ben rara.

Egli, poverissimo, reso inabile ad ogni lavoro, carico di figli, non gode di alcuna pensione quale mutilato di guerra, nè si è mai sognato di chiederla. Oggi stesso fui io, che per un senso di equità, lo incoraggiai a chiedere un provvedimento di eccezione, offrendomi di testimoniare la mia convinzione che alle sofferenze della guerra si connetta la sua malattia attuale.

Infatti, resta escluso ogni altro elemento eziologico concreto (lue, alcool, gravi infezioni generali pregresse, ereditarietà neoplastica, e simili), e d'altra parte sarebbe in questo caso ben difficile il sostenere che il congelamento non rappresenti che l'accidente rivelatore di una malattia preesistente e latente.

Sarebbe ben difficile, perchè nel primo periodo il quadro morboso fu nè più nè meno di quello comune ad ogni congelamento, dunque proporzionato in tutto alla causa, e poi venne lentamente e gradatamente svolgendosi e in-

grandendosi, pur conservando la fisonomia primitiva.

È per questo ch'io son portato ad affermare il rapporto causale.

Con quale meccanismo? Non vorrei esprimere alcuna ipotesi; tanto più che, come già vi dissi, la siringomielia non è un fatto anatomico unico, sempre eguale a sè stesso, può sorgere da processi svariatissimi, e solo quando avessimo in mano la natura del processo che originò nel nostro malato la siringomielia, potremmo discutere con qualche profitto questo lato del problema clinico.

È vero ch'io ritenni come massimamente probabile che il processo primitivo sia la gliosi; ma non per questo è meno difficile la discussione eziologica: Basta ch'io vi ricordi che nel rapporto di Roussy, Lhermitte e Oberling sulla « *nevroglia e le sue reazioni patologiche* » (che fu l'oggetto della Riunione Internazionale dei Nevrologi di 3 anni fa), le gliosi « primitive o criptogenetiche » sono dichiarate uno degli argomenti più difficili di tutta la patologia nervosa, perchè « noi ignoriamo ancora *tutto*, della loro eziologia e della loro delimitazione ».

In ogni modo, per le ragioni che Vi ho esposto poco fa, e che rappresentano, a mio avviso, un *imperativo* della indagine clinica, voglio ricordarvi alcuni dati che nel darci qualche barlume sui rapporti eziologici del caso, possono confortare la mia interpretazione.

Anzitutto Vi ricordo che il congelamento si accompagna sempre a fatti nevritici. Taluno distingue nel quadro del congelamento 2 tipi: il vascolare e il nevritico. In realtà si tratta di 2 elementi, presenti sempre ambedue nel congelamento, ma con alterna prevalenza dell'uno o dell'altro.

Nel periodo della grande guerra, questi fatti furono studiati con cura, e anche tra noi ne scrissero Mazzolari, Santoni, Neri, Vidoni, oltre a quelli che ne trattarono dal lato chirurgico.

Allontanandoci dal periodo della guerra, si trovano studiate piuttosto le conseguenze remote del congelamento e delle nevriti nettamente ascendenti.

In genere vi sono le gravi turbe di sensibilità e di trofismo ora precoci ora tardive. Non mancano descrizioni di turbe gravissime, succedute tardivamente a congelamenti primitivamente lievi come sarebbe stato nel caso nostro.

In un caso di Marchand, si ebbero dei fatti di grave estesa pachidermia con amiotrofie, paralisi, e gravi turbe di sensibilità. È notevole che queste turbe di sensibilità non solo in questo caso, ma in molti altri studiati così in *primo* che in *secondo tempo* del morbo, hanno tipo dissociato, per lo più risparmiando la sensibilità tattile, colpendo la termica e la dolorifica.

Fin qui, la casistica non ci serve che a considerare come pertinente alla comune patologia il fatto che nel nostro malato sieno residuati dal congelamento, o seguiti ad esso, dei fatti di nevrite ascendente.

Ma poi aggiungo che un chiaro nevrologo, quale Guillain, ha ammesso che una lesione delle estremità (p. es. un trauma, un patereccio, od altro) possa determinare una nevrite ascendente capace di salire sino al midollo e di determinarvi una gliosi e una siringomielia.

Lo stesso concetto hanno esposto Huet e Lejonne, per interpretare una siringomielia di loro osservazione, pubblicata nella *Revue Neurologique* del 1910.

Senza volerlo, ecco dunque che Vi ho esposto un'ipotesi, sorretta da un gran nome: l'ipotesi cioè che anche nel caso nostro il congelamento abbia determinato una nevrite ascendente, e che il processo risalito progressivamente sino al midollo, abbia portato in esso un processo infiammatorio e delle reazioni successive conducenti ad una siringomielia.

Un'altra ipotesi che Vi prospetto, è fondata sulla possibilità di una *reazione a distanza* delle cellule nervose, per cui leso il neurone in un punto qualunque, anche periferico, la cellula nervosa ne soffre, fino talora, ad esserne distrutta per completa cromatolisi.

Questa *reazione a distanza*, scoperta da Nissl, fu confermata da Marinesco, dal nostro Lugaro, e da altri.

Nel caso nostro potrebbe pensarsi che la ripercussione centrale delle gravi lesioni nevritiche periferiche, intesa nel senso di Nissl, fosse stata essa la spinta al crearsi di un processo patologico delle cellule dell'asse, tale da condurre tardivamente alla gliosi secondaria e consecutiva siringomielia.

Queste ipotesi sono fondate su evenienze rare, ma di sicura osservazione clinico-anatomica o fisio-patologica, e perciò, pur rappresentando tali evenienze, dei meccanismi patogenetici di eccezione, credo lecito invocarle a spiegare un caso come il nostro, che pur esso è di eccezione.

*
* *

Da ultimo, parliamo della terapia:

Un tempo, non esisteva: oggi essa ha due risorse: la radioterapia, la chirurgia.

La mia esperienza personale è scarsa, ma essa mi permette un orientamento, sia pure provvisorio.

La radioterapia è riconosciuta quasi universalmente efficace nella gliosi.

È un evento particolarmente fortunato che la radiosensibilità sia minima pel tessuto nervoso, massima per la glia; cosicchè è possibile adoprare contro il tessuto gliale patologico delle dosi relativamente elevate, senza che ne risentano danno gli elementi nobili nervosi.

Zimmern e Chavany hanno dato una scala della radiosensibilità dei gliomi, decrescente dagli spongioblastomi verso gli astrocitomi e gli ependimomi.

Comunque, così pei gliomi come per le gliosi,

oramai numerose statistiche, nostre e straniere, portano risultati soddisfacenti, con miglioramenti, più o meno notevoli, in un numero di casi che va dal 50 % al 75 % di quelli trattati.

Gli insuccessi più numerosi sono in casi vecchi di più di cinque anni. In genere la terapia deve essere prolungata, con serie di sedute distanziate, adoperando dosi medie, a fuochi crociati, irradiando non solo la regione clinicamente interessata, ma debordando largamente da essa.

Con tale metodo, applicato dai radiologi del nostro Istituto Ospedaliero, ottenemmo già un risultato, che direi brillante, in un malato da Voi tutti conosciuto perchè lo presentai due volte negli anni scorsi a lezione della Scuola Minich. Si tratta del Farf. A. malato da 4 a. con segni di gliosi cervicale: in lui un'emorragia, stabilitasi bruscamente in seno alla gliosi, determinò un improvviso aggravamento della sindrome, colla comparsa di un'atassia acutissima e gravissima: gli arti inferiori da *pulcinella*, non lo reggevano, per una totale scomparsa della sensibilità profonda, cosicchè pur essendo conservata la motilità volontaria, la stazione e la deambulazione erano completamente annientate.

Iniziato il trattamento radioterapico, il miglioramento s'iniziò prestissimo, e portò il malato a potersi reggere e camminare da solo, senza appoggio di bastone, benchè penosamente.

Da 4 anni, ripete, ad intervalli di mesi, i periodi di cura, ed egli stesso li richiede ansiosamente, perchè ogni volta ne ha beneficio.

Il trattamento è riuscito probabilmente a distruggere tessuto di gliosi e ne frena la nuova produzione.

Riguardo alla chirurgia della siringomielia, essa ha iniziato i suoi tentativi con Puusepp fino dal 1926, e a quanto mi risulta fu già pubblicata più che una ventina di casi (più che metà dei quali con esito favorevole) trattati col metodo da lui preconizzato: laminectomia, puntura della cavità idromielica, poi incisione della cavità stessa, sondaggio di esplorazione verso l'alto e verso il basso, riduzione della dura, sutura.

Questo intervento nella mani di Puusepp avrebbe avuto buon successo anche in un caso di siringobulbia, nel quale il miglioramento (scomparsa di una paraplegia spastica, scomparsa di crisi respiratorie, diminuzione di algie e di anestesie) durava ancora dopo 4 anni.

In un convegno di 2 anni fa di chirurghi tedeschi, Küttner si mostrò assai favorevole all'operazione di Puusepp; Borchard e Foerster fecero molte riserve; solo Peiper dichiarò che nella Clinica di Schmieden non si ebbero che insuccessi.

Credo che un tale metodo, che non riveste di per sè una gravità eccezionale, avrà la sua indicazione tutte le volte che si sia costituita una vera cavità idromielica, con aumento del diametro trasverso del midollo, e quindi con occupazione del cavo rachideo determinante particolarmente dolori radicolari e sintomi spastici: i metodi di investigazione clinica, particolarmente l'esplorazione col lipiodol, dovranno dimostrare la cavità e il suo comportamento, prima di decidere l'intervento.

Vitek, della Clinica di Praga, propose di sostituire all'operazione di Puusepp, la puntura diretta della cavità siringomielica, praticando prima una *endomielografia* col lipiodol, onde verificare tutta l'estensione della cavità stessa, e poi la *mielocentesi* (cioè la puntura aspiratrice), nel punto più ampio e più basso della cavità così dimostrata.

Nel nostro caso le prove del lipiodol non furono eseguite.

Il nostro malato, estremamente restìo, si è prestato appena ad una puntura lombare, la quale ci dimostrò un aumento di pressione del *liquor*, ma un contenuto di albumina normale; la prova di Queckenstedt fu negativa (aumento di pressione secondo norma).

Questi dati, per quanto semplici, ci dicono che probabilmente non vi è un ostacolo alla circolazione del *liquor* perchè l'ostacolo avrebbe dato l'iperalbuminosi nel tratto sottoposto, con l'una o l'altra delle formole dissociative (di Froin, di Sicard, di Nonne) e avrebbe dato una prova di Q. positiva.

Per questo, noi oggi siamo assai lontani dal pensare ad un intervento chirurgico, che in ogni modo non discuteremo se non dopo una ricerca col lipiodol. Prima di tutto pensiamo di dover esperire il trattamento radioterapico.

Domani stesso sarà iniziato, se anche l'età inoltrata del processo limita le nostre speranze.

Maggio, 1933.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DEL LITTORIO - PADIGLIONE «FLAJANI»
diretto dal Prof. ANGELO CHIASSERINI.

La velocità di sedimentazione delle emazie in alcune malattie chirurgiche delle vie biliari.

Dott. GIOVANNI PICARDI, assistente.

La velocità di sedimentazione delle emazie costituisce un argomento di cui è ricca la letteratura moderna.

La prima osservazione della sedimentazione delle emazie risale a Galeno: col fenomeno della coagulazione del sangue fu notata la formazione della « crusta phlogistica » data dallo strato bianco del coagulo privo di emazie sovrastante a quello scuro, ricco di eritrociti.

Altre osservazioni sono quelle fatte da Hunter (1797), Müller (1833), Davy (1839), Nasse (1876) e poi quella di Biernacki (1897).

Coi lavori di Höber, Biffi (1904) e di Hamburger (1912) si iniziano ricerche sistematiche.

Fähraeus ha dato impulso nuovo allo studio di questo fenomeno: nel 1918 scorgeva nella velocità di sedimentazione delle emazie un mezzo di diagnosi precoce della gravidanza.

In seguito questo studio è stato ripetuto in molti casi, indirizzando le ricerche in vario senso, nel tentativo di trovare nella prova un indice di diagnosi o di prognosi in diverse malattie.

Dai lavori eseguiti risulta che anche in condizioni fisiologiche la V. S. può subire modificazioni di vario grado. Infatti essa viene influenzata dalla digestione, nel senso di un aumento (Josefowicz), dalla temperatura; è diminuita nei neonati rispetto a quella che si ha negli adulti (Nadolny). Però si trovano variazioni nei primi periodi della vita stessa, in rapporto anche al sesso.

Modificazioni sono state trovate anche durante la gravidanza, senza però aversi, a questo proposito, accordo completo fra i vari ricercatori, circa il periodo della gravidanza stessa in cui le modificazioni siano più costanti. Notevoli variazioni della V. S. nelle malattie infettive e dopo le operazioni.

La velocità con cui le emazie sedimentano viene generalmente misurata in mm., relativamente al tempo, e si danno come valori normali quelli di mm. 4-10 nella I^a ora, 9-20 nella II^a, 13-26 nella III^a, 20-32 nella IV^a, 25-40 nella V^a, 27-50 nella VI^a, 41-65 nella XII^a, 60-71 nella XXIV^a.

Il fenomeno si riduce essenzialmente nell'accollarsi degli eritrociti tra loro. In tutti i casi in cui l'organismo scinde in maggior copia la propria albumina, aumenta il tenore globulinico del sangue.

L'aumento delle globuline rende il plasma più vischioso, per cui gli eritrociti si accollano in maggiore quantità, si raggruppano in masse che cadono rapidamente sul fondo.

Con questa esposizione semplicista non si spiega però il meccanismo; per lo studio del quale e per ricercare i vari fattori che entrano nel suo determinismo, sono state istituite numerose ricerche sperimentali.

Secondo la formula di Stockes $vs = \frac{r}{g} \frac{Dd}{Y} r^2$ dove r = raggio dei globuli rossi, g = velocità prodotta dalla forza di gravità, D = densità del globulo, d = densità del liquido, Y = coefficiente di attrito, molti ricercatori, fra cui Löhr, Bürckerer, Boch ed Oelesner, dopo molte esperienze su emazie di rana, di capra e di uomo, credettero di dovere attribuire la maggiore importanza al volume delle emazie ed al loro contenuto in emoglobina. Viceversa Vorschutz riteneva dato importantissimo il numero delle emazie, mentre Vignes negava qualsiasi valore al numero degli eritrociti, constatando una eguale velocità di sedimentazione sia nel sangue molto ricco che in quello molto povero di emazie.

Aresu e Vida, nelle loro ipotesi, seguirono un concetto meccanico fondato sull'attrito, escludendo ogni importanza relativa al numero e volume delle emazie.

Höber per primo emise una teoria elettrochimica: i globuli rossi possiederebbero una forte carica elettrica negativa che è maggiore negli eritrociti di sangue sano che non in quelli di sangue malato, perchè in questo si avrebbe uno squilibrio albumine-globuline, con aumento di queste ultime la cui carica elettrica neutra o debolmente negativa, diminuirebbe la carica elettrica negativa degli eritrociti disponendoli all'agglutinazione.

Sperimentalmente, elettrizzando plasma ed emazie con diversi metodi, non furono osservate modificazioni della V. S., per cui AA. ritennero fattori precipui del fenomeno la densità del plasma ed il peso specifico delle emazie.

Starlinger ritiene che il fibrinogeno debba avere grande importanza.

Löwemberg è propenso a dare valore alla presenza nel plasma di maggiore o minore

quantità di colloidi a carica elettrica positiva. Gaifami interpreta la maggiore V. S. come un aumento generico dei lipoidi.

Teoria più completa pare quella fisico-chimica emessa da Popper e Kreindler, secondo la quale la V. S. è dovuta ad un complesso di fattori tra cui hanno molta importanza: la tensione superficiale, la carica elettrica, la viscosità, il contenuto del sangue in fibrina, il quoziente albumine-globuline del siero, tutti fattori che regolerebbero la stabilità colloidale. Sarebbero poi da considerarsi come fattori accessori il numero e le dimensioni dei globuli rossi, contenuto del sangue in colesterina, ricchezza dei globuli rossi in nucleo-proteidi, emoagglutinine.

Bisogna tener presente anche l'azione delle pareti del tubo da saggio, nelle ricerche di laboratorio, sull'andamento del fenomeno.

Notevoli variazioni della V. S. sono state riscontrate in molti stati patologici ed in modo diverso a seconda dell'evoluzione più o meno fausta della malattia, tanto che in alcuni stati morbosi la prova è ritenuta di valore diagnostico — insieme agli altri elementi — e spesso prognostico.

È stata notata diminuzione nelle malattie epatiche in genere (Westergren). Però Burdach, dopo molte esperienze su malati di fegato, conclude col non ammettere in queste malattie nessuna diminuzione della V. S.; Aresu invece ha osservato che aggiungendo ad un plasma sano una piccolissima quantità di bile, la V. S. diminuisce notevolmente.

Secondo Kovars lo studio della V. S. sarebbe un buon mezzo di indagine per la ricerca dei disturbi epatici.

Recentemente Linton, Robert han preconizzato la prova come indice della tendenza alle emorragie negli itteri da ostruzione, giacchè le ricerche del tempo di coagulazione e di emorragia, secondo gli AA., non hanno importanza.

Sono stato indotto dall'ultimo lavoro citato a ricercare in pazienti affetti da lesioni delle vie biliari, con ittero, la velocità di sedimentazione, prima e dopo l'atto operativo.

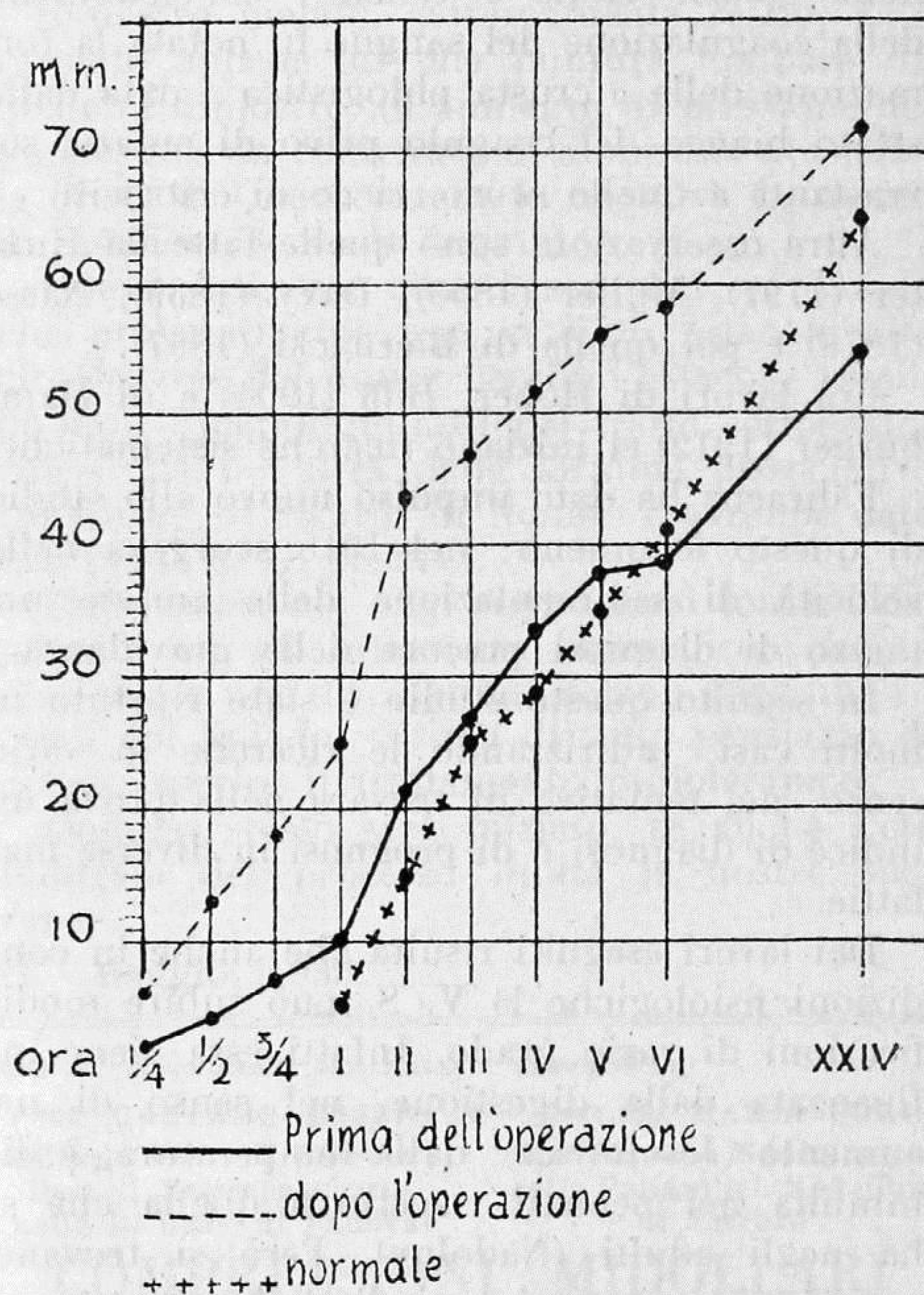
Parallelamente l'ho studiata in altre affezioni chirurgiche diverse, specialmente in pazienti affetti da ulcera duodenale, per osservarne il comportamento relativo.

Le ricerche sono state eseguite su sangue, prelevato a digiuno, mescolato a soluzione anticoagulante — secondo la tecnica seguita nelle loro ricerche anche da Miani e Filippa — posto in tubi da saggio di 1 cm. di sezione e graduati in mm. da 0 a 100.

Il prelevamento del sangue è stato sempre fatto da vena, prima ed il giorno successivo all'atto operativo. In alcuni casi la prova è stata eseguita anche alcuni giorni dopo.

La lettura è stata fatta di quarto in quarto di ora per la prima ora, poi di ora in ora nelle 5 ore successive e quindi dopo 24 ore.

Ecco il tracciato del comportamento della V. S. in alcuni casi di calcolosi epatica e di ulcera duodenale, paragonato al tracciato di persona normale.



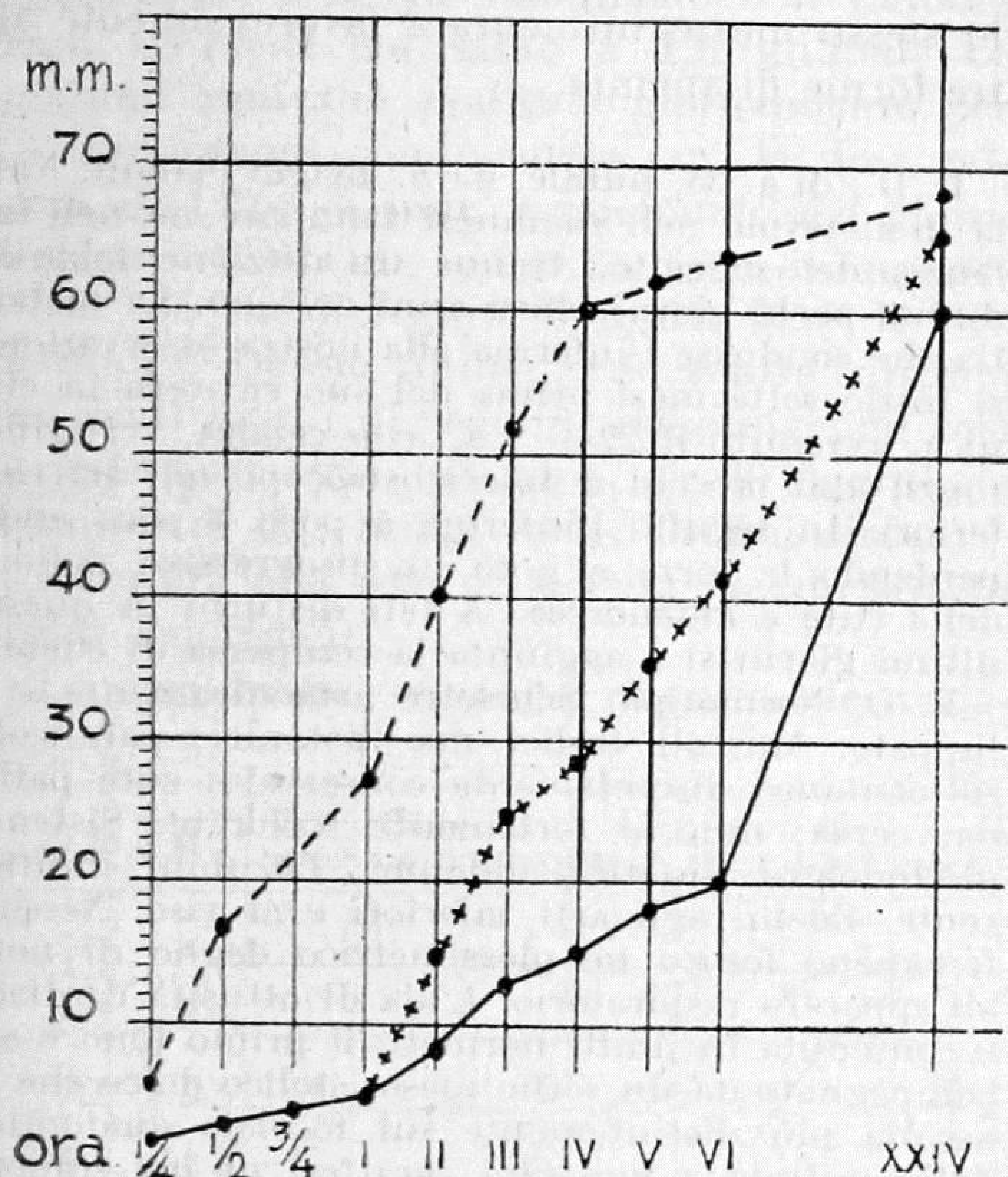
Ho esaminato venti casi di colecistite calcolosa e dieci casi di affezioni chirurgiche diverse.

In alcuni di questi ho ripetuto l'esame anche nei giorni successivi insieme alla prova del tempo di coagulazione e di emorragia.

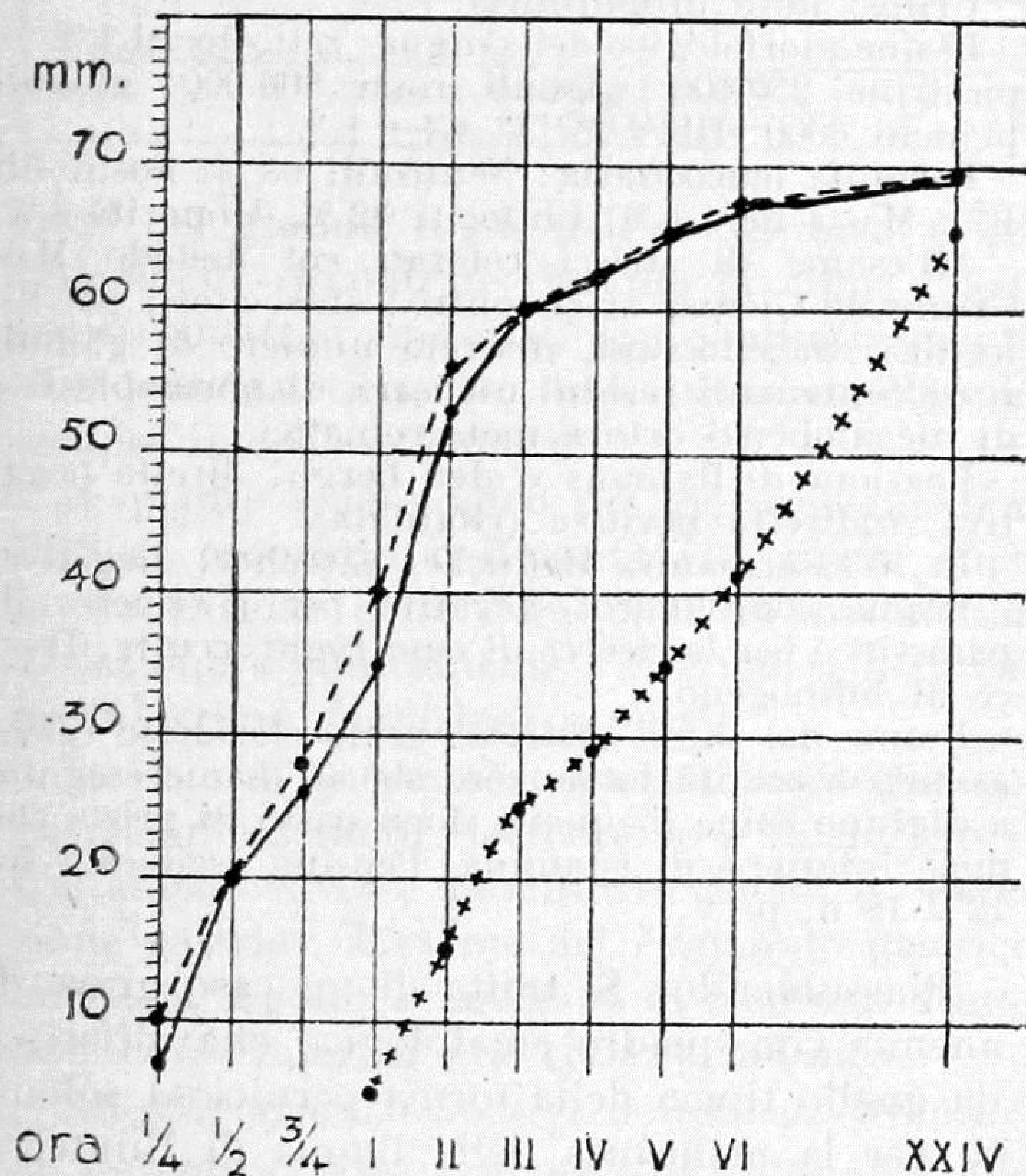
Una prima osservazione, costante, è data da un aumento della V. S. dopo l'atto operativo — come del resto era stato accertato da vari ricercatori; tale aumento declina in modo che dopo alcuni giorni, circa due settimane, si hanno valori vicini a quelli iniziali.

Dopo l'atto operativo ho osservato pure diminuzione del tempo di coagulazione, forse da mettere in rapporto alle « crisi di piastrine » che seguono agli interventi chirurgici.

Nei casi di lesioni delle vie biliari si è avuta a volte una diminuzione della V. S. e questo



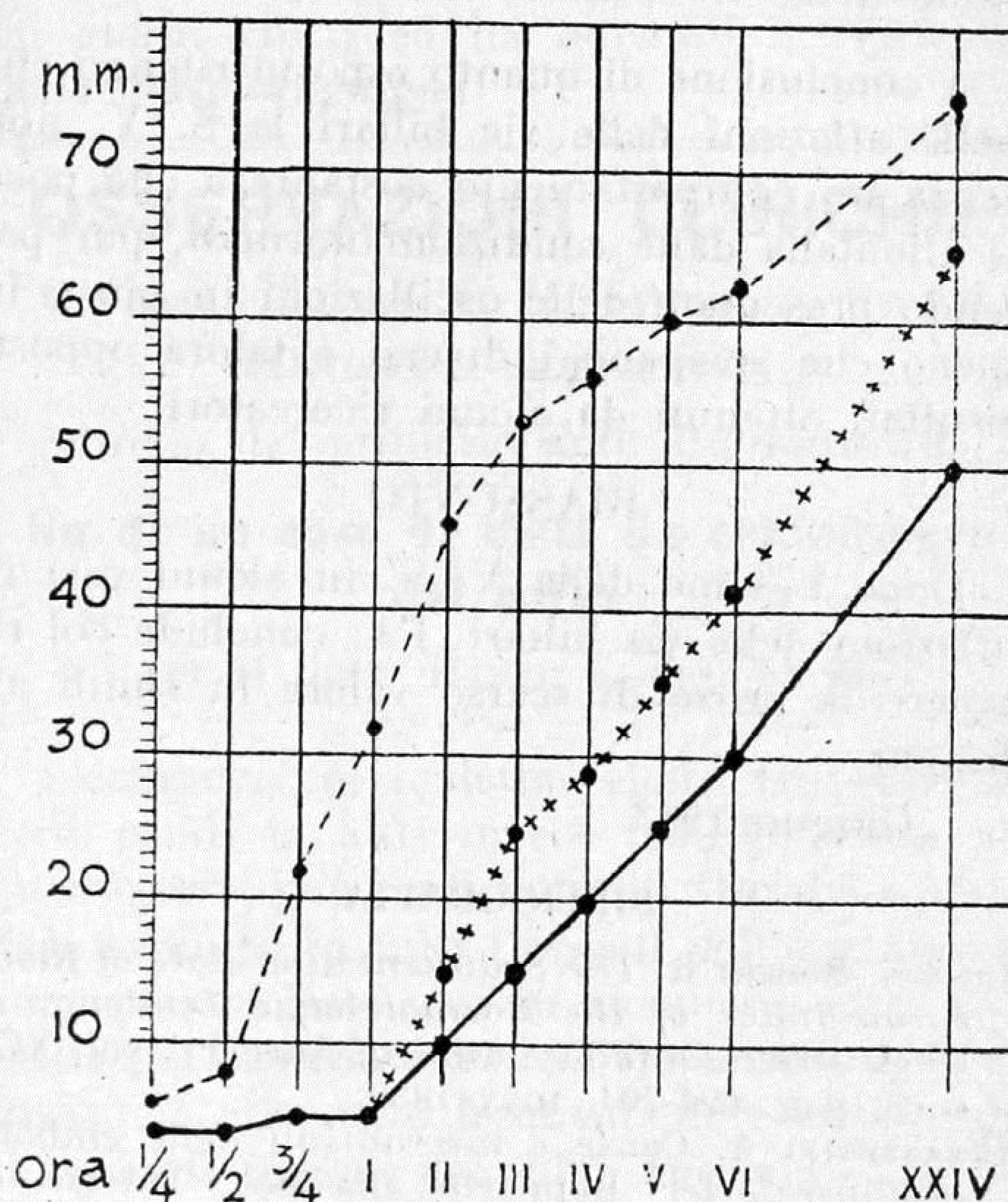
dato è di accordo colle affermazioni di AA. (Westergren), mentre in qualche altro caso



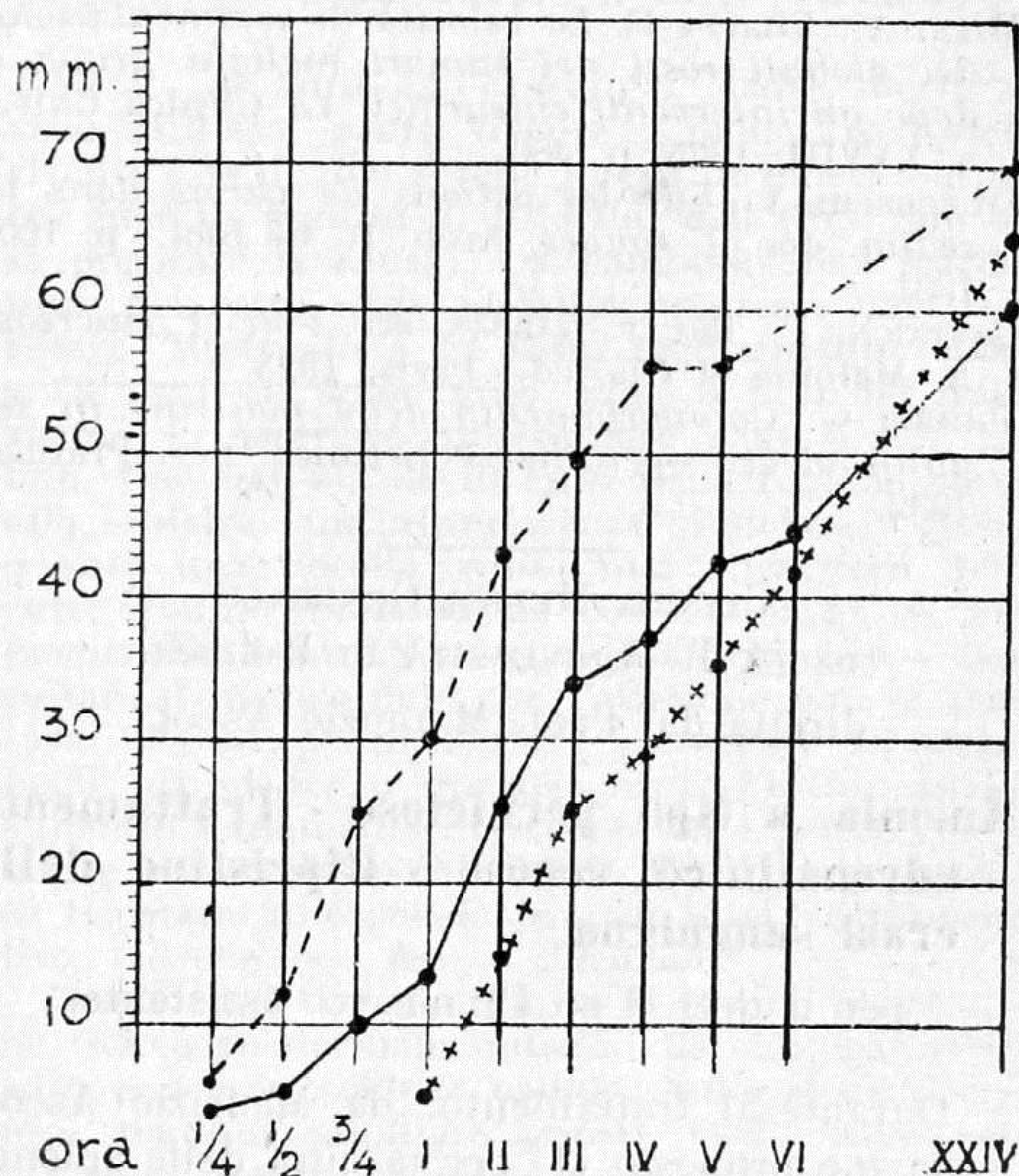
ho osservato un lieve aumento, come è stato anche ottenuto da altri (Pignatari).

Ad ogni modo però i valori ottenuti, considerati nell'insieme, non pare che si discostino molto dai valori avuti negli altri casi presi in esame.

Nei pazienti di lesioni delle vie biliari esiste-



va sempre ittero, pur trattandosi talora di ittero dissociato, dove predominava l'ittero urobilinurico.



In molti casi si trattava di colelitiasi di antica data, in altri di riacutizzazioni di colecistite calcolosa, dove quindi esisteva frequentemente uno stato febbrile e dove non era pos-

sibile escludere in modo assoluto l'esistenza di uno stato infettivo delle vie biliari.

Linton e Robert R. attribuiscono valore a questa prova solo se non esiste febbre o infezione delle vie biliari.

A conclusione di quanto esposto ritengo che nelle affezioni delle vie biliari la S. V. non segua un comportamento costante e che poco si allontana dalle condizioni normali, pur potendo presentare delle oscillazioni in più o in meno che spiegano i diversi e talora opposti risultati ottenuti da alcuni ricercatori.

RIASSUNTO.

Dopo l'esame della V. S. in alcuni casi di affezioni delle vie biliari, l'A. conclude col ritenere la prova di scarso valore in simili affezioni.

Giugno 1933.

BIBLIOGRAFIA.

LINTON, ROBERT R. *The Sedimentation Rate of Blood as an Index of the Haemorrhagic Tendency in Obstructive Jaundice.* Ann. of Surgery, vol. XCI, n. 5, pag. 694-704, may 1930.

CHIASSERINI A. *Cause e meccanismi delle embolie postoperatorie.* Rapporto alla Soc. Intern. di Chir., Varsavia, 1929.

LAX H. *La valutazione diagnostica dei metodi di laboratorio nella pratica medica.* A cura Ist. Sier. Mil., 1930.

PIGNATARI F. *Sul valore diagnostico della velocità di sedimentazione dei globuli rossi.* Rinascenza Medica, n. 20, ottobre 1932, p. 464 a seg.

MIANI A., FILIPPA C. *La velocità di sedimentazione dei globuli rossi nei tumori maligni prima e dopo gli interventi chirurgici.* La Clinica Chir., a. XXVIII, 1925, p. 480.

DUCCESCHI V. *Sur les actions de parois dans la sedim. des gl. rouges.* Arch. It. de Biol., p. 160, 1931.

CASTAIGNE F., BRULÉ, GARBAN, ecc. *Foie et pancréas.* A. Maloine et fils, éd., Paris, 1923.

PICARDI G. *Comportamento delle piastrine in seguito ad atti operativi.* Policlinico, Sez. Pratica, 1932.

CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretta dal Prof. MAURIZIO ASCOLI.

Anemia a tipo pernicioso - Trattamento adrenalinico venoso - Ripristino della crasi sanguigna

per il dott. UGO DILIBERTO, assistente.

Durante il trattamento, da Maurizio Ascoli e da me proposto (1) per la cura delle splenomegalie malariche croniche, fu notato in tutti i casi un miglioramento più o meno pronunziato della crasi sanguigna. Questo contegno sollevava il quesito se non fosse possibile con lo stesso mezzo influenzare favorevolmente altre forme di anemia.

B. D., di a. 33, nubile, da S. Biagio Platani. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare nè nell'infanzia del soggetto, tranne un'affezione febbrile durata pochi giorni, dieci anni or sono. La malattia che condusse l'inferma alla nostra osservazione si iniziò sette mesi prima del suo ricovero in clinica, avvenuto il 22-3 c. a., con cefalea, vertigini, ronzii agli orecchi e dolori osteocopi agli arti inferiori. In seguito l'inferma a poco a poco andò perdendo le forze e notò un progressivo pallore della cute e amenorrea. A tali disturbi in questi ultimi giorni si è aggiunta la comparsa di edemi.

E. O. Normotipo. Scheletro armonicamente sviluppato. Muscoli trofici ma ipotonici; pannicolo sottocutaneo discretamente conservato; cute pallida, cerea; mucose fortemente scolorate. Sistema ghiandolare linfatico indenne. Decubito indifferente. Edemi agli arti inferiori e al viso. Nessun fenomeno fonico nè plessimetrico degno di nota all'apparato respiratorio. L'aia di ottusità cardiaca è contenuta in limiti normali, il primo tono è accompagnato da un soffio mesosistolico dolce che si ascolta più distintamente sul focolaio anatomico della mitrale e mostra i caratteri di un rumore anorganico. Polso 66, ritmico, uguale. Pressione arteriosa 110-70 (Boulitte).

Lingua detersa, pallida. Addome trattabile leggermente meteorico indolente; fegato in limiti normali, milza leggermente ingrandita palpabile nelle profonde inspirazioni.

Urina: lieve urobilinuria.

Esame morfologico del sangue: reticolociti 1/2 %; piastrine 250.000; globuli rossi 800.000; globuli bianchi 6000; Hb.: 25, V. Gl.: 1,3.

Formula leucocitaria: Neutrofili 63 %; Eosinofili 1 %; Mastzellen 1 %; Linfociti 32 %; Monociti 3 %.

All'esame di strisci colorati col metodo May Grunwald-Giemsa si riscontrò: anisocitosi, poichilocitosi, megalocitosi, discreto numero di globuli rossi contenenti residui nucleari, di normoblasti e di megaloblasti orto e metacromatici.

Reazione di Hymans v. den Bergh: diretta negativa; indiretta positiva (ritardata).

R. Wassermann, Meinicke, Citochol: negative.

Esame coprologico: negativo per la ricerca di parassiti e per la ricerca di emorragie occulte. Tracce di bilinogeno.

Esame del succo gastrico: acido cloridrico libero assente e acidità totale zero sia all'esame eseguito a digiuno come in quello dopo pasto di prova che dopo iniezione di istamina. Pepsina oscillante tra 12 e 18 u. p.

Riassumendo: Si tratta di un caso grave di anemia con quadro ematologico che differisce da quello tipico della forma perniciosa soltanto per la mancanza della lingua di Hunter e della leucopenia.

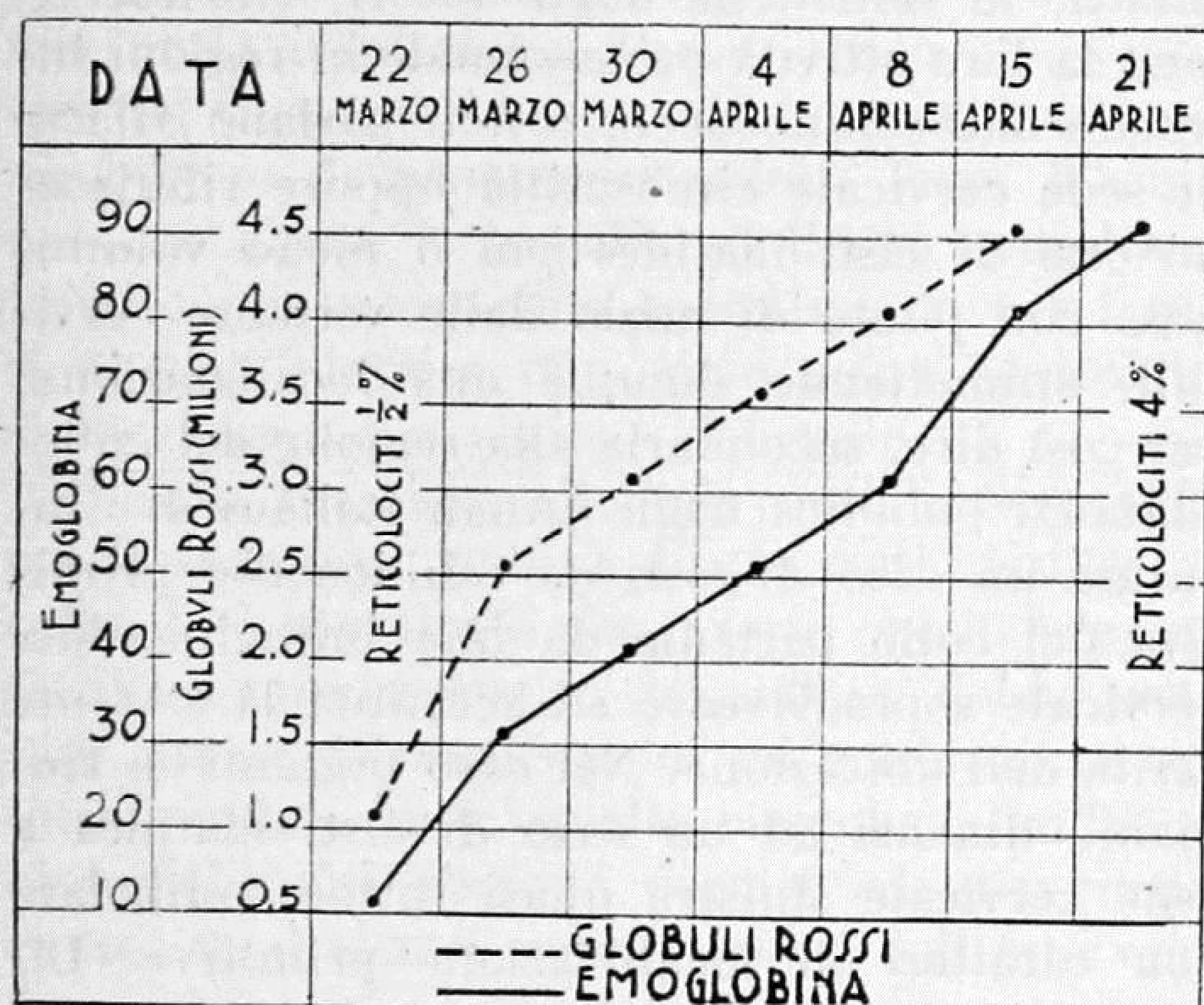
---

(1) M. ASCOLI e U. DILIBERTO: *Therapy of Chronic Malarial splenomegaly.* The Southern Med. Journal., n. 6, 1932. U. DILIBERTO: *Tentativi di terapia medica delle splenomegalie malariche croniche.* Rivista Sanitaria Siciliana, n. 10, 1931. ALESSANRO A. *L'adrenalina nella cura della splenomegalia malarica cronica.* Rivista Sanitaria Siciliana, n. 5, 1932.

L'inferma fu sottoposta al trattamento adrenalinico esclusivo (senza alcun altro sussidio terapeutico) che ebbe inizio quando il peso dell'ammalata si era stabilizzato e il numero degli eritrociti era salito a 1,6 milioni. Le iniezioni venivano praticate giornalmente per via endovenosa cominciando con la dose minima di 1/100 di mgr. e iniettando nei giorni seguenti 1/90 di mmgr.; 1/80 di mmgr. e così via via di seguito fino alla dose di 1/10 di mmgr. Questa ultima dose veniva ripetuta per venti giorni di seguito, raggiungendo così complessivamente nel giro di 30 giorni la quantità di due mmgr. e tre decimi circa.

La milza alla fine della cura era tornata in limiti fisiologici.

Lo specchietto seguente riassume le variazioni dei globuli rossi, dell'emoglobina e dei reticolociti riscontrate durante la cura; i leucociti rimasero immutati sia qualitativamente che quantitativamente, le piastrine oscillarono sempre intorno a 250.000.



Il quadro ematologico nei giorni seguenti e fino al momento dell'uscita (17 giorni dopo la sospensione della cura) non mostrò alcuna variazione e clinicamente l'inferma si mantenne in ottime condizioni generali.

In vista di questo sorprendente contegno appariva interessante ricercare se e in quanto il trattamento avesse modificato anche la secrezione gastrica. L'esame del contenuto gastrico anche in seguito a iniezione di istamina dimostrò che l'inferma era rimasta achilica.

Interpretazioni e ipotesi potrebbero avanzarsi numerose; oggi intendiamo limitarci alla semplice esposizione dei dati di fatto. Naturalmente procuriamo di seguire ulteriormente l'inferma che da notizie recenti risulta in buone condizioni di salute.

RIASSUNTO.

L'A. ha trattato un caso di anemia a tipo pernicioso con minime dosi di adrenalina per via venosa (complessivamente mmgr. 2,3 in 30 giorni circa) ed ha ottenuto il ripristino della crasi sanguigna.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI S. SPIRITO - FIUME
DIVISIONE CHIRURGICA.
diretta dal primario dott. R. GROSSICH.

Su di un caso di cisti da echinococco del collo

per il dott. DANTE CURRI, aiuto.

L'echinococco, malattia molto frequente in certi paesi, in altri invece manifestazione alquanto rara, può come noto, localizzarsi e prendere sviluppo in tutti i tessuti dell'organismo; con speciale frequenza in alcuni, in altra con rarità più o meno estrema. Tra le sedi di localizzazione non certo frequenti deve annoverarsi anche la regione del collo. Specialmente nelle nostre regioni l'echinococcosi è una evenienza piuttosto rara (frequenza di cca. 4,5 casi accolti in media all'anno) ed il fatto di un echinococco localizzato alla regione cervicale mi spronò a consultare la letteratura a mia disposizione e pubblicare il caso presente:

V. A., di anni 42, casalinga. Madre morta di vizio cardiaco, padre vivente e sano. Tre fratelli viventi e sani, due sorelle morte in tenera età (di cui una in seguito a difterite; dell'altra non ne sa precisare la causa). Da bambina ebbe scarlattina, del resto nega malattie pregresse degne di rilievo. Mestruata a 13 anni, regolarmente, sposò a 23 anni un uomo sano. Ebbe 6 figli dei quali vivono 4. Asserisce di ricordare bene d'aver notato, fino dall'età di 10 anni nella regione cervicale sinistra un'intumescenza indolora, grossa quanto una nocella, senza mai alterazioni della cute. Venne allora curata con massaggi ed unguenti. Negli anni successivi non ebbe mai a consultare il medico dato che l'affezione non le arrecava nessun disturbo. Mai elevazioni termiche. Negli ultimi tre o quattro anni, l'intumescenza aumentò lentamente di volume ed è perciò che si decise a consultare il medico. Questi la consigliò di ricorrere all'ospedale per un intervento operativo, ciò che essa fece il 2-XII-1932.

Esame oggettivo. — Donna di gracile costituzione, scheletro normale, muscoli flaccidi, pannicolo adiposo scarso, colorito pallido. Nulla ai nervi cranici, reazione pupillare pronta, cavità naso-orale normale. Respiro regolare, polso ritmico 72. Nella regione del triangolo mediale sinistro del collo si nota una intumescenza grossa quanto un uovo di gallina delle dimensioni di 6 1/2 × 4 cm., ricoperta da pelle normale fissata al piano sottostante;

il tumore presenta una superficie regolare, liscia con segni di pseudo-fluttuazione e consistenza teso-elastica, indoloro. Si fa diagnosi di probabile linfoma del collo. Il giorno 3-XII-1932, in anestesia locale tutocainica si procede all'intervento operatorio. Incisione cutanea parallela al margine inferiore della mandibola. Inciso il pannicolo adiposo sottocutaneo e la fascia superficiale del collo, si presenta un tumore cistico, bene capsulato con aderenze alla base; previa preparazione accurata si riesce ad estrinsecare in toto il tumore; emostasi e suture profonde al catgut, sutura della pelle. Il tumoretto estirpato ha forma ovoide, consistenza elastica, colore grigio-biancastro. Incisolo ne fuoriesce un liquido chiaro, limpido, in quantità di cca. 10 ccm. ed insieme con cinque, sei, piccole cisti trasparenti della dimensione di un fagiolo. L'esame del liquido dà il seguente reperto: peso specifico 1012, assenza di albumina, cloruri presenti; l'esame microscopico non rileva elementi corpuscolati. Aperte con le dovute cautele le altre piccole cisti ed esaminatone il contenuto esso ha le medesime caratteristiche del liquido contenuto nella cisti grande, il microscopio invece reperta scolici ed uncini.

Il decorso postoperatorio è scevro di complicanze, guarigione per prima, l'ammalata esce il decimo giorno.

L'esame istologico della sacca cistica dimostra trattarsi di tessuto omogeneo nella parte interna, la parete esterna invece è costituita da tessuto fibroso connettivale.

Trattasi dunque nel caso presente di una cisti da echinococco localizzata alla regione sottomandibolare sinistra. Confesso, che il reperto mi sorprese non poco, anzitutto per la natura dell'affezione, che come dicevo poc'anzi, è relativamente rara nelle nostre regioni, e poi sopratutto per la sede. Ed è perciò spiegabile senz'altro che io abbia tralasciato di sottoporre l'ammalata a quelle preventive indagini specifiche, che il sospetto d'un eventuale echinococco avrebbe richiesto.

Rintracciai l'ammalata che nel frattempo era uscita ed iniziai precise indagini anamnestiche che però non portarono a nessun risultato. Sottoposta la donna ad un esame radiologico dei polmoni, esaminate accuratamente le urine e le feci, indagato il sangue riguardo all'eosinofilia ed esperita pure la prova della deviazione del complemento, nulla ne dedussi che fosse atto a chiarire vieppiù il caso. Anche la intradermoreazione risultò negativa. Ammetto che tali indagini « postfestum » avevano scarso valore, ma l'interesse per il caso mi spinse tuttavia ad eseguirle anche senza aspettarmi un successo. Il caso presente mi parve interessante da tre distinti punti di vista:

1) per la natura dell'affezione da noi abbastanza rara;

2) per la sede nella regione cervicale;

3) per il meccanismo di penetrazione e susseguente localizzazione al collo.

In una regione come la nostra nella quale le affezioni idatidee sono poco frequenti, questa circostanza stessa della rarità mi fece sviare completamente dal giusto criterio diagnostico. Infatti pensai alle manifestazioni morbose a carattere cistico più frequenti ai linfomi, alle cisti congenite del collo, agli ateromi, alle cisti dermoidi, tenendo sempre presente l'assenza di manifestazioni generali nonchè l'inizio lento, senza disturbi apprezzabili ed il lungo decorso senza modificazioni progressive e senza le caratteristiche fisiche del tumore. L'idea di una cisti di echinococco non sorse neppure e fu unicamente l'intervento operativo seguito dall'esame del tumore estirpato che condusse alla giusta diagnosi. Chiarita e stabilita la natura dell'affezione, il caso si presentò degno di essere studiato per la sua insolita topografia. Infatti, le statistiche degli autori, che esercitano la loro attività professionale in regioni infestate dall'echinococco, o non parlano affatto di sede cervicale circoscritta oppure riferiscono casi di cisti idatidee più o meno voluminose con punto di inizio dalle vertebre cervicali, ammettendo dunque una localizzazione, per così dire, secondaria alla regione del collo. Cignozzi pubblica negli Annali Italiani di Chirurgia un caso di cisti da echinococco primitiva del collo partente da una linfoghiandola cervicale sopraclaveare ed accentua la estrema rarità dell'ubicazione. Nel caso presente ci troviamo dinanzi ad un caso di cisti idatidea a sede cervicale sinistra quasi sottomandibolare con caratteri di localizzazione primitiva. Difatti all'operazione non venne individuato nessun nesso con organi adiacenti o sottostanti. Ci si trovò dinanzi ad un tumore cistico ben isolato circoscritto ed aderente, con tessuto lasso, alla regione dei grossi vasi del collo. Nè l'indagine macroscopica, nè l'esame istologico rilevò elementi di organi cervicali nè residui di gangli linfatici o di tessuto tiroideo aberrante, ecc. L'assenza completa di elementi clinici atti ad individuare la presenza di altre cisti idatidee contemporanee, la netta ubicazione della cisti nel triangolo mediale del collo ben isolata e senza segni di connessione con altri organi avvalora l'ipotesi della localizzazione in un ganglio linfatico, come nel caso descritto dal Cignozzi. Si potrebbe obbiettare che a tal ipotesi mancano totalmente gli elementi probativi (resti di tessuto linfoghiandolare); però d'altro canto è ammissibile che la lunga permanenza della cisti idatidea nella piccola mole di un ganglio linfatico abbia distrutto, per la lenta compressione, ogni elemento atto ad identificarne la natura. Sorge ora spontanea la domanda, come si sia potuta localizzare nella regione cervicale un'unica piccola cisti ida-

tidea e quale sia il meccanismo d'immigrazione della larva d'echinococco. Il processo d'immigrazione solito, dirò quasi normale, è che introdotte le uove della tenia del cane nel tubo digerente e scioltone l'involucro, la larva diventata libera perfora la mucosa gastro-intestinale e perviene nel circolo sanguigno o linfatico annidandosi nei vari organi ove è fermata nel passaggio dal lume stesso dei capillari. Così si spiega la frequenza dell'echinococco nel fegato, polmone, reni, milza, ecc. È ovvio che la larva una volta penetrata nel sistema vascolare sanguigno o linfatico, può localizzarsi in qualsiasi organo e tessuto del corpo, però è molto improbabile che raggiunga isolatamente ed unicamente un organo del collo senza dapprima essere trattenuta dagli ostacoli capillari complessi degli organi più vicini alla porta d'infezione. Perciò credo che l'ipotesi del Cignozzi, che prende in considerazione un organo di penetrazione della larva d'echinococco anche la tonsilla ed il suo complesso linfatico sia accettabile specialmente per i casi di cisti idatidea che come unica ed isolata si localizza nella regione del collo.

Il caso presente, che mi parve interessante per la sede non comune di una cisti idatidea al collo, lo è sopratutto per il fatto che in presenza di un tumore cistico del collo si debba pensare anche all'evenienza di un echinococco ed intraprendere tutte quelle ricerche cliniche e biologiche che possono portare ad una giusta e precisa diagnosi anche prima dell'intervento operativo.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di rara localizzazione di cisti idatidea alla regione cervicale sinistra la cui natura — in assenza completa di fenomeni clinici e biologici — venne stabilita appena durante l'intervento operativo. Conclude, che in presenza di formazioni cistiche del collo, anche in paesi in cui l'echinoccocosi è rara, bisogna convergere l'attenzione anche a questa forma morbosa.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI.

Sulla patogenesi e trattamento delle infezioni dette intestinali.

(G. SANARELLI. *Bull. Soc. Path. Exot.*, n. 2, 1933).

Gli studi più recenti sulle infezioni dette intestinali e sopratutto quelli sulle febbri tifoidee e paratifoidee, sulle dissenterie, sul colera e sul carbonchio interno, o intestinale, hanno messo in evidenza due nozioni che hanno ormai assunto grande importanza per ciò che riguarda la patogenesi di queste malattie in generale. La prima di tali nozioni concerne l'impossibilità oggi ben dimostrata, per i germi specifici delle suddette infezioni, di percorrere lo stomaco e di moltiplicarsi nel canale digestivo: nello stomaco sono uccisi. La seconda nozione è quella della facilità estrema con cui alcuni di questi microbi, arrivati a contatto della mucosa della bocca e della gola, possono, anche senza essere favoriti da ferite accidentali, versarsi nella circolazione e localizzarsi quindi nei vari organi.

Queste nuove cognizioni avrebbero dovuto già da un pezzo orientare in maniera differente, da quella sin oggi ammessa, le idee sul meccanismo d'azione di certi germi patogeni, che l'A. ha sin dal 1919 denominati *enterotropi*, ma esse avrebbero dovuto anche da tempo distruggere la fiducia inveterata dei vecchi medici sulla efficacia terapeutica o preventiva della cosidetta *antisepsi intestinale*. La febbre tifoide era infatti considerata, ancora trenta anni fa, come un'infezione tipica dell'intestino: il b. di Eberth, ingerito con le bevande e con i cibi contaminati, traversava la barriera gastrica, raggiungeva l'intestino e vi si impiantava per produrvi le ben note lesioni. Ma le esperienze di laboratorio hanno poi dimostrato che la febbre tifoide non era una infezione dell'intestino, bensì una infezione generale con localizzazioni intestinali.

Tale dimostrazione fu data dall'A. per mezzo di un virus tifico ottenuto da mezzi artificiali ed attraverso una serie di passaggi da peritoneo a peritoneo di cavie, capace di vincere la resistenza naturale degli animali da laboratorio. L'A. potè constatare come l'iniezione di questo virus sia nel peritoneo sia nel tessuto sottocutaneo provocava sempre lo stesso quadro morboso caratteristico. Ciò dimostrava che il b. tifico penetrato, per una qualsiasi via parenterale, nell'organismo della cavia, va subito a localizzarsi in quegli organi, verso i quali esso mostra un tropismo specifico: esso si localizza difatti in corrispondenza delle pareti intestinali, delle cavità e organi linfatici. Il quadro morboso è caratterizzato da un'enterite acuta violenta, desqua-

mativa ed emorragica, accompagnata da iperplasia di tutti gli organi linfatici: milza, gangli, placche di Peyer. In questa intossicazione tifica sperimentale, che si ottiene solo introducendo la tossina per via parenterale e che manca con la introduzione per via orale, il colibacillo intestinale diventa virulento e si moltiplica in maniera sorprendente: esso resta quasi il solo rappresentante della flora microbica dell'apparato digestivo e tende a diventare invadente. Questi stessi fenomeni si osservano nell'uomo malato, le cui dejezioni sono così ricche in colibacilli e così povere in bb. di Eberth.

Tali concetti trovarono in un primo momento oppositori accaniti: sembrava a prima vista inammissibile che in un processo morboso caratterizzato da sintomi e lesioni così strettamente comuni con l'apparato digestivo, il virus specifico dovesse agire *a posteriori* per la via della circolazione generale: ma oggi le opinioni sono molto cambiate; la nozione della elettività intestinale e dell'enterotropismo del virus tifico, sorta dalle esperienze del Sanarelli, è ormai divenuta di tutti: è essa che ha portato alla emo- e siero diagnosi della malattia e alla vaccinazione antitifica.

*
* *

Anche la concezione patogenetica di un'altra grande infezione a sintomi intestinali, il colera, sino a pochi anni fa, era estremamente semplicista: l'uomo inghiotte il microbo; questo, dopo aver attraversato lo stomaco, arriva nell'intestino ove si moltiplica ed elabora il suo veleno, che, assorbito dalla mucosa intestinale, è versato nella circolazione.

L'A., ricercando nei conigli lattanti quale fosse la evoluzione dell'infezione colerica, conferita per via boccale, ha potuto constatare che il contenuto gastrico normale dei conigli lattanti rappresenta un ostacolo assolutamente insormontabile per i vibrioni: sembrava dunque logico concludere che questi vibrioni, per raggiungere le ultime porzioni del canale digestivo, dovessero rendervisi per via indiretta attraverso la circolazione generale. I vibrioni colerici sono dotato di quella proprietà particolare, che l'A. ha chiamato *enterotropismo*: essi cioè si dirigono verso le pareti intestinali anche se iniettati per via parenterale. La somministrazione per via orale li fa penetrare nella circolazione generale attraverso la mucosa delle prime vie digestive. Secondo l'A. tale penetrazione ha luogo attraverso le formazioni linfatiche della gola che costituiscono l'anello di Waldeyer: tale penetrazione si effettua per mezzo delle correnti leucocitarie che determinano delle migrazioni di fagociti dalla profondità alla superficie delle amigdale e viceversa, fenomeno studiato da Stohl, di cui porta anche il nome.

Anche la così detta peritonite colerica sperimentale, che tante lotte e discussioni ha sollevato fra le varie scuole sperimentali di Francia e di Germania, non è altro, secondo quanto ha potuto dimostrare l'A., che una semplice enterite colerica, dovuta al gastroenterotropismo dei vibrioni, che, iniettati nel peritoneo, non vi si distruggono, ma invadono le pareti gastro intestinali. Ma, malgrado questi nuovi importanti dati sperimentali, la patogenesi del colera non era ancora completamente chiarita. Il colera non è soltanto un'enterite: esso mostra nell'uomo una sindrome particolare, l'algidità, con la triade ipotermia, depressione circolatoria e anuria, che è, se non specifica, certamente assai caratteristica. Questa algidità non si era riusciti a riprodurla sperimentalmente, non si era quindi potuto studiare la sua genesi. L'A., avendo osservato nella corrente sanguigna di animali morti per inoculazione colerica, l'apparizione di *germi di sortita*, fra cui principalmente il b. coli, pensò che la facilità estrema con cui il colibacillo si mobilizza nelle infezioni da vibrione, non fosse un fenomeno batteriologico banale e senza importanza, ma fosse anzi la causa principale della algidità colerica: ed infatti, iniettando in cavie già inoculate con vibrioni, alcune gocce di un filtrato di cultura colibacillare, otteneva un quadro quasi identico all'attacco algido dell'uomo.

Tale quadro morboso, che è espressione di un fenomeno generale allergico, assimilabile ad uno choc anafilattico, si accompagna sempre ad alterazioni anatomiche ed umorali molto caratteristiche, tra cui primeggia la caduta imponente e massiva degli epiteli di rivestimento di tutte le superfici mucose, del tubo digestivo, della cistifellea, della vescica. È perciò che l'A. ha chiamato tale quadro morboso *epitalassi* o caduta degli epiteli. Alla luce di questi concetti, la genesi della crisi algida nel colera umano sarebbe la seguente: l'antigene vibrionico sensibilizza e prepara l'organismo e, più particolarmente, le pareti intestinali. I germi, essenzialmente enterofili, si localizzano elettivamente nella sottomucosa intestinale. Il processo enterico che ne deriva risveglia ad un dato momento ogni eventuale focolaio microbico, latente o sopito, esistente nell'apparato linfatico intestinale e per lo più di natura colibacillare, e provoca l'entrata in circolo di una nuova tossina, la quale si comporta come un antigene scatenante, in un organo già sensibilizzato dal proteide vibrionico. Ne deriva immediatamente una reazione generale, analoga alle reazioni anafilattiche, i cui sintomi e quadro anatomico corrispondono ai fenomeni osservabili negli stati algidi, nel decorso di alcune enteriti e di certe appendiciti. Per quanto riguarda l'appendicite si conoscono le discussioni dei chirurgi sulla patogenesi di essa e le numerose teorie avanzate per spie-

garla: la maggioranza di queste teorie si riporta ad un'origine enterogena dell'infezione, ma questa origine è poco verosimile. Sahli di Berna insiste sulle analogie fra infezione appendicolare e amigdaliti e chiama l'appendicite « l'angina dell'appendice ».

Anche in condizioni normali l'appendice è carica di una quantità enorme di germi, che non provengono dall'intestino, ma dalla circolazione generale e il loro punto di partenza molto probabilmente è la cavità boccale, l'anello linfatico di Waldeyer. Si spiega così la coincidenza fra amigdaliti e risentimento appendicolare. Ed una prova dell'esattezza di questa opinione è stata data dall'A. il quale è riuscito ad ottenere lo *choc* o *ictus* appendicolare con un metodo analogo a quello che gli servì per ottenere lo stato algido nel colera sperimentale.

Allargando le ricerche alle varie malattie microbiche, finora dette intestinali, si è potuto constatare che tutte, anche il carbonchio detto interno o intestinale, riconoscono il medesimo meccanismo patogenetico. Dall'insieme di queste ricerche risulta anche come sia errata l'opinione che considera il canale digestivo simile ad un tubo di brodo, pronto ad accogliere ed a moltiplicare i microbi patogeni. Esiste invece una autodifesa dell'apparato digestivo contro i microbi patogeni ed ecco come essa si esplica: l'intestino tenue normale è poverissimo di germi; il succo enterico ha normalmente netta azione antibatterica, che impedisce uno sviluppo eccessivo di germi: ma se il succo enterico, per una ragione qualsiasi, si diluisce o si altera, l'azione antibatterica si indebolisce e i germi pullulano. Allora la natura interviene con una difesa indiretta: il colibacillo intestinale si risveglia e si moltiplica in maniera prodigiosa. Questa proliferazione colibacillare s'accompagna spesso a grave virulenza dei germi, che può produrre accidenti gravi; ma presenta anche un lato utile finora insospettato: la presenza dei colibacilli e dei prodotti del loro metabolismo rende l'ambiente intestinale assolutamente contrario alla moltiplicazione e alla vita di tutti gli altri germi detti intestinali.

Trattamento delle enteropatie microbiche.

Questi nuovi concetti modificano anche naturalmente il punto di vista terapeutico e principalmente mettono in evidenza l'inutilità della somministrazione dei così detti disinfettanti intestinali: questi, che non hanno probabilmente alcuna azione sui germi i quali, provenienti dalla corrente sanguigna, stanno ben nascosti nello spessore della parete gastro intestinale, potrebbero invece danneggiare la mucosa già malata. Scopo di una terapia logica deve essere di espellere ed eliminare questi germi, imprigionati nei tessuti degli organi intestinali e che costituiscono dei complessi colloidali e dei focolai tossiemici attivi. E poichè questi germi giunti attraverso la circolazione generale, restano accantonati nella mucosa intestinale a causa di una probabile alterazione dei colloidi che costituiscono la mucosa stessa (e questa alterazione si traduce in uno spostamento di joni e nella inversione del segno elettrico dei colloidi); bisogna pure ammettere che la separazione e l'espulsione dei batteri avrà luogo soltanto dopo che si sarà ristabilito il segno elettrico fisiologico dei colloidi della mucosa, uguale a quello dei germi.

È in tal senso che potrebbero agire gli elettroliti delle soluzioni saline purgative, i quali, penetrando nei tessuti, potrebbero ristabilire la primitiva costituzione colloidale di questi, i quali vengono così a riprendere il loro segno elettrico fisiologico. Così si debbono spiegare gli effetti benefici delle acque purgative naturali.

È questo stesso meccanismo d'azione che entra in giuoco nel trattamento del colera col metodo di Rogers, che consiste nell'introduzione endovena di abbondanti quantità di soluzioni ipertoniche ricche di potassio, calcio e sopratutto sodio.

Per quanto riguarda la sieroterapia: sieri antitifici, antidissenterici, anticolibacillari e anche anticolerici si sono mostrati utili in svariate circostanze: ma nelle infezioni a carattere invadente di rado sono capaci di arrestare l'infezione.

Al contrario la vaccinoterapia di queste infezioni ha fatto veri progressi; ma anche essa deve essere applicata *cum grano salis*, quando cioè l'organismo mostri ancora un certo grado di resistenza e la possibilità di reagire. Buoni risultati si sono avuti anche in queste malattie con la vaccinazione aspecifica, vaccini eterologhi o anche semplici proteine e albumine eterogenee. Così anche è da ricordare la *tiloterapia* di Weinberg, cioè la cura con autovaccini preparati con semplici diluizioni delle feci dei malati, sterilizzati con la soluzione di Lugol.

Come si vede, molte idee sono cambiate, molti fatti nuovi sono affiorati in quella che è la patogenesi delle cosidette infezioni intestinali: e tutto ciò è sorto dall'esperimento paziente, dall'accurato confronto e controllo coi dati clinici. Ma se i concetti sono cambiati non altrettanto si può dire dell'indirizzo terapeutico del pratico: vi sono ancora dei medici che curano le enteropatie microbiche come si curavano le *febbri intestinali* cinquanta anni fa!

Bisogna che essi applichino queste nuove idee, altrimenti, a che pro tanti studi e ricerche quando venisse a mancare lo scopo ultimo di esse, la guarigione dei pazienti?

G. La Cava.

Infezioni naso-faringee, boccali, intestinali e reumatismo.

(M. FAURE. *Gazette des Hôpitaux*, 28 dicembre 1932).

Le osservazioni continuate per trenta anni su numerosi malati consentono all'A. di concludere che le cause più frequenti del reumatismo sono: 1) le infezioni naso-faringee nei giovani; 2) le infezioni intestinali negli adulti.

Le due cause praticamente s'integrano a vicenda nel senso che l'infezione intestinale cronica ha per lo più la sua origine in un'infezione naso-faringea. Gli stessi soggetti che nell'infanzia hanno sofferto tonsilliti, riniti ripetute, infezioni dentarie, adeniti, adenoidi, pertosse, rosolia, scarlattina ecc. durante l'età adulta hanno uno stato infettivo dell'apparato digerente con dispepsie, enteriti, diarree, appendiciti, colecistiti, ecc. Sono questi stessi soggetti che in giovinezza soffrono reumatismo articolare acuto, corea, cefalea e nell'età adulta hanno nevralgie, nevriti, deformazioni articolari ed ossee, lesioni cardiache, ecc.

Tale punto di vista è confermato dal criterio terapeutico: i reumatismi da infezione naso-faringea, boccale o dentaria guariscono con la soppressione del focolaio infettivo nel cavo orale; ed i reumatismi da infezione intestinale guariscono con l'eliminazione del focolaio intestinale o paraintestinale.

La cura in questi casi deve consistere nel trattamento chirurgico (tonsillectomia, appendicectomia, colecistotomia, ecc.), nella disinfezione della bocca, delle fauci e delle vie nasali, nel trattamento dei denti, nell'appropriato regime dietetico, atto a regolarizzare le funzioni del tubo digerente, eventualmente nell'uso di sieri e vaccini.

Tuttavia vi sono reumatismi subacuti e cronici che rimangono ribelli ad ogni trattamento antinfettivo. Bisogna quindi concludere che vi sono altre infezioni banali oltre quelle accennate, e che forse sono anche favorite dalle condizioni generali del soggetto.

La misurazione sistematica della temperatura rettale degli individui affetti da reumatismo dimostra sempre un'ipertermia di qualche decimo ed anche di un grado, e che la temperatura stessa ritorna normale con la guarigione. In altri termini questi individui con infezioni del naso-faringe o tubo intestinale sono dei febbricitanti, la cui febbre è ignorata perchè non misurata. Ciò concorre a dimostrare che le manifestazioni reumatiche di cui soffrono sono in relazione con il decorso del focolaio infettivo.

Quando si tratta di infezioni naso-faringee la ipertermia è uguale per tutto il giorno, mentre nelle infezioni intestinali è più elevata al mattino.

Adunque i pazienti qualificati come reumatici sono generalmente infetti con focolai d'infezione latenti o ignorati. È questa ignoranza che spiega la cronicità ed i progressi dello stato morboso.

Non è impossibile che esistano altre cause del reumatismo, ma è certo che la causa abituale è un focolaio infettivo.

La persistenza insolita dell'infezione può spiegarsi con una condizione particolare dell'organismo.

Il carattere che riunisce i pazienti di reumatismo non si trova nella natura dell'infezione, ma solo nella somiglianza delle reazioni dei pazienti di fronte ad infezioni diverse. La specificità è nel malato, non nell'agente patogeno. DR.

DIABETE.

La sintomatologia del diabete mellito.

(R. M. MURRAY-LYON. *Edinburgh medical Journal*, giugno 1933).

In generale, i diabetici possono essere suddivisi in tre gruppi, lasciando a parte la semplice glicosuria o quelle condizioni associate alla gravidanza o ad ovvî disturbi endocrini: 1) individui a peso eccedente prima che si manifestino i sintomi diabetici; 2) individui più anziani in cui, già all'inizio del diabete, si hanno i segni di arteriosclerosi o di altre alterazioni degenerative; 3) quelli che non ricadono in nessuno dei due gruppi antecedenti e che possono ascriversi ai tossici.

La distinzione tra diabetici grassi e magri è già stata fatta dalla scuola francese, che ha riconosciuto come i diabetici a peso eccedente hanno un decorso più lieve della malattia. La distinzione del tipo senile appare giustificata dal fatto che la gangrena è, talvolta, il primo sintoma di malattia e che in tali casi, le arterie appaiono spesso già calcificate: in esso, possono aversi alterazioni locali dei vasi pancreatici, come se ne osservano per quelli renali; altre alterazioni vasali sono dimostrate dall'emorragia cerebrale.

Il materiale clinico dell'A. comprende 1924 casi di glicosuria, fra cui 1700 diabetici veri, per i quali la diagnosi venne eventualmente accertata dalla curva dello zucchero sanguigno. Negli altri, si trattava di glicosuria renale, della gravidanza, del gozzo esoftalmico, ecc.

Sesso. — Nella serie dell'A., è da rilevarsi la notevole preponderanza delle donne (64,5%, contro 35,5 % di uomini). In confronto delle statistiche precedenti, si vede che la preponderanza si va spostando verso il sesso femminile; di fatto, su 13.291 casi dal 1884 al 1922, si vede che gli uomini figurano per il 63,5 %, proporzione che si è abbassata al 43,9 % dal 1922 al 1932 (9.583 casi) e che è discesa al 35,5 % nella serie attuale.

Per quanto riguarda la distribuzione nei gruppi accennati, le donne figurano per 89,2% fra il tipo obeso, per 63,2 % fra l'arteriosclerotico; nel gruppo tossico i sessi hanno parte

quasi uguale (50,1 % di donne). Nelle età anteriori ai 40 anni, si ha preponderanza maschile.

Eredità. — Le statistiche, in proposito sono assai variabili (dall'1 al 68 %). Nella serie dell'A., si aveva diabete famigliare nel 16,3 %. Per quanto riguarda l'eredità di altre malattie, si aveva il gozzo esoftalmico (famigliare od ereditario) nel 2,8 % dei pazienti e l'emorragia cerebrale nel 16,2 %.

Età all'inizio. — È molto difficile stabilirla. In media, si può ritenere di anni 47 e mezzo. Nel gruppo degli obesi, il 77,5 % dei casi si manifesta nella V-VI decade di vita; fra gli arteriosclerotici, si ha il 53,4 % alla VII decade; la distribuzione è più uniforme nel gruppo tossico, in cui il maggior numero dei casi si manifesta fra i 20 ed i 50 anni.

Tipo di inizio. — È stato acuto soltanto nel 9,4 % ed insidioso negli altri; spesso l'inizio acuto (più frequente nei bambini) è legato a condizioni di sepsi (8,4 % nella serie dell'A.). Talvolta, il diabete viene scoperto accidentalmente (2 % dei casi dell'A.), in quanto che il paziente non ha sintomi.

Sintomi iniziali. — La sete, da sola o con prurito e poliuria, si è osservata nel 62,7 % dei casi; questi 3 sintomi, da soli o riuniti, si sono avuti all'inizio nel 78,1 % dei casi. Vengono in seguito per frequenza la debolezza e la perdita di peso (13,8 %, da soli o riuniti). Basse percentuali si hanno per il forte desiderio di cibi dolci (2,1 %), i disturbi visivi (1,8 per cento), la neurite (1,1 %, la gangrena (1,0 %).

I singoli sintomi presentati complessivamente dai pazienti esaminati all'inizio della cura erano i seguenti:

Debolezza	86,2 %
Sete	82,6 %
Poliuria	82,4 %
Perdita di peso	80,6 %
Prurito	33,2 %
Disturbi visivi	32,0 %
Neurite	24,6 %
Desiderio di dolciumi	12,6 %
Gangrena	3,2 %

Evidentemente, parecchi pazienti avevano più di un sintoma. I quattro primi si possono considerare come i più importanti. Il prurito è assai più frequente nelle donne (49,9 %, contro il 2,8 % negli uomini).

Grangrena. — Si è osservata in 55 casi all'ingresso in clinica, senza considerare gli individui in cui si è sviluppata in seguito. Tutti i pazienti (meno 2 del gruppo « obeso ») appartenevano agli arteriosclerotici, con distribuzione fra i sessi analoga a quella dell'arteriosclerosi. Nell'11 per cento di questi, la gangrena si manifestò prima della diagnosi di diabete.

L'età media di comparsa della gangrena, nei casi dell'A., fu di 63 anni (oltre il 50 % fra la VII ed VIII decade). In generale, la gangrena era del tipo secco, associata con degenerazione arteriósa.

Obesità. — Il gruppo degli obesi, nei casi dell'A. è del 27,3 %, quindi molto minore di quello di altri autori (Joslin dà il 77 %). L'A. trova la ragione di questa differenza nel fatto che, nelle statistiche degli Stati Uniti e del continente europeo figurano molti individui di origine semitica in cui vi è tendenza all'obesità e forse anche per le differenze di dieta.

Neurite. — L'A. vi comprende tutti i dolori vaghi ed i formicolii persistenti in cui mancava una causa ovvia, come l'artrite. In altre statistiche si aveva una percentuale maggiore (35,8 %, Sevringhaus), o molto minore (5 % ed anche 0,6 %) se la diagnosi di neurite è fatta con criteri molto severi. I dolori neuritici, nella serie dell'A. si avevano di preferenza fra gli obesi (32,8 %) in confronto degli arteriosclerotici (25,8 %).

Disturbi visivi. — Nei casi più recenti, si trattava per lo più di una debolezza di vista (che migliorò col trattamento) in rapporto con alterazioni dei mezzi di refrazione connessi con la fluttuazione del contenuto in glucosio dei liquidi organici. La percentuale in cui tali disturbi si manifestarono è più forte negli arteriosclerotici (42,4 %).

Risulta, in complesso, che i quattro sintomi cardinali del diabete sono: sete, poliuria, perdita di peso e debolezza.

Le caratteristiche dei 3 gruppi sono le seguenti:

1) Obesi. Notevole preponderanza fra le donne, per lo più alla V-VI decade; elevata frequenza di dolori neuritici e meno marcata perdita di peso.

2) Arteriosclerotici. Per lo più oltre i 60 anni; tipo lieve di diabete, mascherato da alterazioni degenerative, per lo più del sistema circolatorio.

3) Tossici. Più giovani; maggior numero di maschi che negli altri tipi; diabete più acuto all'inizio e più grave; più spesso associato con sepsi. *fil.*

Sul comportamento dei fermenti pancreatici nel diabete mellito.

(G. SOTGIU, C. D'IGNAZIO e L. G. MONTANI, *Arch. per lo studio della Fisiopat. e Clin. del Ricambio*, gennaio-febbraio 1933).

Gli AA. hanno studiato i rapporti fra secrezione esterna ed interna del pancreas nel diabete mellito. Dopo aver valutato e considerato specificamente il valore dei singoli fermenti in rapporto alla fisiopatologia del pancreas, e dopo aver globalmente considerato il significato della loro presenza in eccesso o in difetto nei vari mezzi organici (sangue, urina, feci, succo duodenale), gli AA., dallo studio dei singoli casi, tenendo conto anche delle condizioni cli-

niche inerenti alla gravità della sindrome diabetica in esame, pervengono alle seguenti conclusioni.

Il comportamento dei vari fermenti nei diversi mezzi organici non è mai parallelo.

Nel diabete mellito, anche grave, non è costante nè frequente una sindrome da netta insufficienza enzimatica. Quand'anche essa esista, non è tale da essere rilevabile con lo studio di un solo fermento.

Dopo insulina si assiste talora a modificazioni enzimatiche nei diversi umori, ma incostanti e in vario senso (particolarmente netta la diminuzione del potere triptico fecale).

Non è quindi giusto affermare come cosa assiomatica che nel diabete mellito esiste necessariamente una sindrome da insufficienza digestiva di genesi pancreatica, parallela alla gravità della forma morbosa ed influenzabile in senso benefico dagli stessi medicamenti (insulina) che valgono generalmente a modificare l'alterato ricambio dei carboidrati.

C. TOSCANO.

Il diabete acromegalico.

(H. ROGER. *Marseille-médical*, n. 1, 1933).

Il caso che offre lo spunto al Roger per una precisazione delle nostre conoscenze sul diabete acromegalico, riguardava un uomo di 33 anni che verso i 20 vide svilupparsi una sindrome acromegalica, dapprima sfuggita ai medici curanti e d'altra parte manifestantesi solo con astenia psichica e fisica, con angoscia, con palpitazioni, con cefalea. A 22 anni, la sindrome era tipica, con facies patognomonica, restringimento del campo visivo, allargamento della sella turcica. Tredici anni dopo l'inizio della malattia, compare un diabete: accentuazione dell'astenia, dimagramento, polidispsia, poliuria, glicosuria di 275 gr., acetonuria di gr. 1,32 nelle 24 ore, glicemia di 4,80. La dieta e l'insulina migliorano rapidamente la sindrome. Da aggiungere nello stesso malato la presenza di una sindrome di Raynaud iniziata con l'acromegalia.

La frequenza del diabete nel corso dell'acromegalia è stata differentemente valutata dai diversi AA. Secondo Pierre Marie in un terzo dei casi, secondo Hasemann in 12 casi su 97; per Hindsale in 14 su 130, Arnold nel 9 %. Secondo Borchardt un vero diabete coesiste nel 35 % dei casi ed una semplice glicosuria nel 5 %. Per Davidoff e Cushing nel 12,5 % si avrebbe un vero diabete e in altrettanti una glicosuria. L'età di comparsa in genere è fra i 40 e i 50 anni. Il diabete è un sintoma tardivo dell'acromegalia: da 6-7-13-23 anni dopo l'inizio della malattia. Alcuni osservatori segnalano la comparsa del diabete in acromegalici che abbiano subito operazioni di ablazione di adenomi ipofisari. Essendo l'acromegalia dovuta a tumori dell'ipofisi e a tumori partenti dal lobo anteriore, sono sempre le sindromi ipofisarie neoplasiche quelle che si complicano con diabete.

Clinicamente il diabete acromegalico è abitualmente assai intenso; la poliuria raggiunge tre e più litri; la glicosuria 100-200 gr. in 24 ore; la glicemia è stata vista raggiungere cifre alte: gr. 2,20 fino a 6,25. Oscillanti sono i corpi chetonici. Spesso vi è un dimagramento, l'astenia talora è più accentuata che negli altri casi di diabete. Non mancano talora nel quadro i piccoli segni dell'eritema perineale o vulvare, la caduta dei denti, come nel diabete banale. L'azotemia, quando è stata cercata, è stata trovata normale. Davidoff e Cushing notarono aumento del metabolismo basale.

Anche nel diabete acromegalico si possono avere gli accidenti del diabete comune: accidenti nervosi, come il coma, e tubercolari.

Nell'evoluzione del diabete acromegalico, oltre alla morte per coma o per tubercolosi, si può avere la guarigione passeggera o permanente, spontaneamente o dopo trattamento insulinico. Secondo Cushing, il diabete acromegalico procede a tappe successive che coincidono con le poussées di iperpituitarismo, nei cui intervalli la sindrome acromegalica subisce un arresto.

Una distinzione importante deve essere fatta negli acromegalici glicosurici, fra le glicosurie semplici, che il Labbé ed altri mettono negli stati paradiabetici, ed il diabete vero, accompagnato o non da denutrizione azotata. Come stati paradiabetici sono da ritenersi quei casi nei quali lo zucchero passa nelle urine in modo intermittente ed il più spesso in piccole quantità, in specie dopo il pasto. La diagnosi si fonda essenzialmente sopra la prova della iperglicemia provocata: l'ascensione della glicemia dopo la ingestione di 50 gr. di glucosio anidro si eleva nei paradiabetici più in alto e per più tempo che nei normali, ma in modo meno intenso che nei diabetici veri. Il diabete vero comporta una glicosuria persistente ed accentuata, potendosi o non accompagnare a denutrizione azotata e ad una evoluzione grave. Nel diabete vero si sono notati casi leggeri e benigni, con diabete transitorio magari recidivato; e casi gravi. Fra le forme cliniche bisogna ricordare anche forme di diabete acromegalico associato ad altre sindromi ipofisarie: sindrome adiposo genitale, diabete insipido. Il meccanismo del diabete nel corso dell'acromegalia è stato molto discusso: si può passare sopra alle semplici glicosurie del paradiabete acromegalico il più spesso legato ad una insufficienza epatica concomitante ovvero ad una alimentazione troppo ricca in idrati di carbonio: tre teorie sono da ammettere e discutere, la teoria pancreatica insulare, la ipofisaria, la infundibolo tuberiana.

La teoria pancreatica pura non è sostenibile: l'unico intervento degli isolotti del Langherans, la semplice coincidenza di un diabete banale con l'acromegalia non è da ammettere. Sia la teoria ipofisaria che tuberiana contano molti fautori. Le esperienze di Roussy, Camus e Legrand hanno in modo indubbio stabilito la esistenza di un diabete tuberiano e sembrano aver seppellito in modo definitivo l'antico diabete ipofisario e spodestata la glandola di ogni azione sulla nutrizione idrocarbonata. I lavori recenti dei fisiologi tendono invece a ridare alla glandola un compito di second'ordine nella glicoregolazione: è da notare anzitutto che l'azione farmacodinamica speciale di un estratto glandolare, non implica necessariamente l'intervento di questa glandola nel meccanismo fisiologico della funzione che turba l'iniezione di quest'estratto. Che l'estratto della postipofisi produca dell'iperglicemia non è una prova assoluta che la pituitrina intervenga nella glicoregolazione. È ammissibile che ipofisi e tuber abbiano ambedue una importanza nella glicoregolazione e nella produzione del diabete acromegalico: e l'ipofisi ed il tuber intervengono per correlazione ormonale, l'una, l'altra con l'intermedio del sistema simpatico o parasimpatico, sulla secrezione pancreatica per provocare negli acromegalici, una insufficienza degli isolotti di Langerhans. Il diabete acromegalico resterebbe in definitiva dovuto ad una quantità insufficiente d'insulina nel sangue. Siccome la secrezione pancreatica e l'insulina hanno un'azione antagonista, si potrebbe supporre che la pituitrina prodotta in eccesso neutralizzi una troppo grande quantità di insulina: però sembra più logico ammettere una vera insufficienza insulare, secondaria alla lesione tubero ipofisaria. Si tratterebbe dunque, di una sindrome pluriglandolare, o meglio, di una sindrome pluriendocrino simpatica.

È da aggiungere che questo diabete è nel maggior numero dei casi influenzato beneficamente dall'insulina, e che l'asportazione del tumore pituitario non lo fa sempre scomparire.

MONTELEONE.

ORGANI DIGERENTI.

Sulla esofagizzazione dello stomaco per alcuni casi di deformità a clessidra.

(I. TANSINI. *Rinascenza Med.*, n. 13, 1933).

L'illustre prof. Tansini, ora emerito della Università di Pavia, pur avendo lasciato l'insegnamento, continua alacremente nella sua attività e riferisce ora sugli esiti lontani di questa nuova operazione, che egli comunicò al Congresso di Padova della Società italiana di Chirurgia nel 1926, e che aveva praticato in due casi, nel '22 prima e poi nel '26.

In ambedue i casi si trattava di uno stomaco a clessidra molto alta, in cui cioè esisteva una piccola sacca gastrica superiore, e il punto ristretto era molto lungo e aderente alla faccia inferiore del fegato, nel quale, specialmente nel primo caso, penetrava una larga ulcera della piccola curva.

In ambedue i casi il distacco dal fegato portò alla lacerazione della parete gastrica. Il Tansini pensò allora di abolire la sacca superiore introflettendone la parete sopra una sonda esofagea introdotta dalla bocca, e suturando su questa anche la parete gastrica del punto ristretto, in modo da formare una specie di prolungamento dell'esofago (donde il nome dell'operazione) sino alla porzione di stomaco a calibro normale, nel quale quindi passava senza difficoltà il cibo per la spinta dei movimenti esofagei.

La prima operata è stata seguita dall'A. per undici anni, e tranne un passaggio di sonde, dopo 4 anni, per una lieve stenosi del tratto ricostituito, non richiese altre cure ed è tuttora in ottime condizioni; la seconda, che ebbe immediato vantaggio dall'atto operativo, e dopo un mese era cresciuta di 4 kg., decedette dopo due mesi e mezzo per complicazioni laringee dovute ad un ascesso caseoso sottoglottideo e per nefrite cronica riacutizzata: l'autopsia dimostrò la scomparsa della configurazione a clessidra e lo stomaco ridotto alla grande tasca inferiore comunicante regolarmente coll'esofago prolungato.

Si tratta dunque di un nuovo processo operatorio, che può riuscire utile nei casi, sia pure eccezionali, di stenosi mediogastriche molto alte ed estese, in cui non è possibile la gastroenterostomia colla sacca superiore, e la resezione riuscirebbe molto difficile e grave.

R. A.

Lesioni intrinseche gastro-duodenali come fattori causali dell'ematemesi.

(A. B. RIVERS e D. L. WILBUR. *Arch. of. Intern. Medic.*, ott. 1932).

Le lesioni intrinseche gastroduodenali sono responsabili del 90 % dei casi di ematemesi. Più frequenti sono l'ulcera peptica e il cancro dello stomaco; meno frequenti le lesioni infiammatorie e non specifiche, i tumori benigni, la sifilide gastrica, la tubercolosi.

Lo studio degli AA. è stato fatto alla Clinica Mayo sul materiale raccolto nel 1927 e 1928. Comprende 668 casi, di cui 236 diagnosticati clinicamente e 432 esplorati chirurgicamente.

La frequenza delle varie lesioni in 602 casi fu questa: 356 ulcere duodenali (59,20 %), 43 ulcere gastriche (7,10 %), 22 (3,6 %) con storia di ulcera ma radiologicamente negativi, 92 (15,30 %) con ulcera secondaria, 84 (13,80 per cento) cancri dello stomaco, 1 (0,16 %)

adenoma del duodeno, 1 mioma dello stomaco, 1 sifilide gastrica, due fistole colecistoduodenali.

Confrontando le varie lesioni fra loro come causa dell'ematemesi, si sono presentate in questa proporzione: ulcere 76,80 %, cancro 12,60 %, lesioni benigne 0,83 %, altre cause diverse dalle precedenti 9,65 %.

Per quanto riguarda l'ulcera, si sa che il 20 % delle ulcere dà emorragia, e che questa è più frequente nell'ulcera della parete posteriore del duodeno che in quella della parete anteriore. L'emorragia è prodotta certamente da rottura di un vaso, ma ci sono diverse modalità con cui questo si produce: un vaso grosso può essere incluso nel processo ulcerativo, oppure vasi piccoli si congestionano e si rompono per eccessiva stasi, oppure croste che rappresentano un inizio di cicatrizzazione dell'ulcera si strappano.

Cause di ematemesi possono essere l'esercizio fisico esagerato, un'infezione acuta, l'alcool, le emozioni.

L'ulcera gastrica sanguina meno spesso della duodenale.

Una zona infiammatoria gastrica o duodenale che dia i segni clinici di un'ulcera radiologicamente non constatabile può essere responsabile di un'emorragia. R. LUSENA.

Gli accidenti gastrici consecutivi alla frenicectomia sinistra.

(L. BERNARD, GAUTHIER-VILLARS, THOYER. *La Presse Médicale*, n. 34, 1933).

La questione dei disturbi gastrici consecutivi alla frenicectomia sinistra non sembra aver destato l'interesse che merita. E. Sergent, in uno studio sulle funzioni del nervo frenico basato sui fenomeni clinici che insorgono in seguito alla sua soppressione, non parla di fenomeni gastrici. Così pure è muta su questo argomento la letteratura riguardante la frenicectomia. Solamente in una relazione di Kossel riguardante ventisette casi di frenico-exeresi si trova questo accenno: « In seguito alla frenicectomia sinistra si hanno frequentemente malesseri gastrici, che in un caso persistettero per più di tre mesi (pesantezza, stato di nausea, anoressia, digestioni difficili). Questo stato di cose attesta la rarità di tali disturbi.

In una recente pubblicazione, Bonafé e Poulain distinguono tre categorie di disturbi gastrici consecutivi alla frenicectomia sinistra: dolori leggeri, persistenti per qualche giorno dopo l'intervento dovuti a stiramento dei nervi gastrici; sensazione di ripienezza gastrica dopo il pasto e che può concludersi con il vomito, dovuta all'aerofagia; infine il volvolo gastrico di cui descrivono due casi. Di questi uno solo fu operato praticando una gastroenterostomia, ma con esito letale.

Anche L. Bérard, Delore e Bonafé hanno illustrato un caso di volvolo gastrico consecutivo a frenicectomia sinistra: fu praticata una gastroenterostomia, ma il paziente decedette dopo qualche giorno.

Gli AA., riassunte così le precedenti cognizioni sull'argomento, illustrano il caso capitato alla loro osservazione.

Si trattava di un soggetto portatore di una lesione cavitaria sottoclaveare sinistra in cui, data l'impossibilità di istituire un pneumotorace per la presenza di aderenze pleuriche, fu praticata la frenico-exeresi sinistra.

Qualche giorno dopo insorsero disturbi gastrici consistenti in: anoressia, vomito biliare mattutino, senso di pesantezza e di gonfiore dopo i pasti.

L'esame radiologico, previa somministrazione di pasto opaco, mise in evidenza: notevole retrazione della regione pilorica con perigastrite dovuta a probabile ulcera della piccola curvatura, di antica data. Essendo rimasta immutata la sintomatologia gastrica nonostante le cure mediche, fu eseguita una laparotomia: lo stomaco era stirato da una briglia la quale, partendo dalle vicinanze della grande curvatura, si fissava al fegato. La briglia fu sezionata; l'intervento fu completato da una gastro-enteroanastomosi. Durante il decorso post-operatorio l'infezione tubercolare assunse andamento rapidamente evolutivo generalizzandosi ad ambedue i polmoni, di modo che si ebbe l'exitus per marasma. È da notare che il paziente, prima del ricovero, era in condizioni generali buone, non febbricitava; quanto a disturbi gastrici solo molti anni prima aveva avuto tre crisi dolorose interpretate come coliche epatiche. L'autopsia permise di constatare un'ulcera gastrica situata in corrispondenza della zona d'origine della briglia.

Gli AA. propongono di distinguere i disturbi gastrici dovuti alla frenico-exeresi sinistra in due categorie: sindrome gastrica leggera caratterizzata da manifestazioni dolorose e dispeptiche discrete e da aerofagia, sindrome trascurabile, dovuta alla distensione dello stomaco consecutiva all'innalzamento del diaframma; sindrome gastrica grave, rara, caratterizzata da dolori e da vomito con progressivo aggravamento; da un intervallo libero che segue l'intervento e la cui durata varia col variare della rapidità di ascensione del diaframma; da una base anatomo-patologica, finora non sufficientemente messa in evidenza: il volvolo dello stomaco, dovuto a torsione o a plicatura dell'organo.

Tale alterazione anatomo-patologica, che clinicamente si esplica con una fenomenologia che ricorda l'eventrazione diaframmatica sinistra era dovuta, nel caso illustrato, a una briglia cicatriziale conseguente a un'ulcera gastrica in atto, ma a decorso clinico muto.

Gli AA. quindi concludono mettendo in evidenza l'opportunità, prima di eseguire una frenicectomia sinistra, di raccogliere una anamnesi molto accurata e di eseguire una esplorazione completa dello stomaco, esame radiologico compreso, tanto più che, se si deve giudicare dai pochi casi conosciuti, gli interventi praticati per volvolo gastrico consecutivo a frenicectomia hanno dato risultati poco soddisfacenti, probabilmente in rapporto alla scarsa resistenza dei tubercolosi alle operazioni chirurgiche. L. FERRETTI.

DIVAGAZIONI

L'emozione fattore di squilibrio umorale.

(E. JOLTRAIN. *Presse Méd.*, 7 giugno 1933).

La ripercussione dell'emozione sull'organismo, tanto sul fisico che sul morale, è di nozione corrente. Se normalmente gli effetti della emozione non oltrepassano i limiti della fisiologia, così non è quando l'emozione colpisce un individuo predisposto ad entrare in eretismo. Talora anche la più leggera emozione, che passerebbe senza disturbi in un soggetto a sistema nervoso ben equilibrato, lascia una impronta durevole e produce delle reazioni eccessive e sproporzionate in soggetti ad equilibrio instabile. Ed è questa sproporzione fra causa ed effetto che dà a questa emotività il suo carattere morboso. La storia dei grandi nevropatici ce ne offre degli esempi rimarchevolissimi.

Nel dominio organico noi conosciamo tutta una serie di reazioni fugaci o durature che corrispondono o almeno coincidono con le diverse modificazioni dello stato psichico. Così le reazioni cutanee (rossore, impallidimento, comparsa di herpes, psoriasi, prurito, edema di Quincke, orticaria, ecc.), l'emicrania, l'asma, il gozzo esolftalmico.

Sappiamo d'altra parte che non è sempre l'introduzione di un antigene che determina sull'organismo sensibilizzato lo choc emoclasico, ma che agenti fisici o l'iniezione endovenosa di semplici soluzioni di cloruro di sodio o di bicarbonato di sodio o anche i prodotti della fatica muscolare sono capaci di produrre uno squilibrio umorale del tutto analogo alla *choc* anafilattico.

La guerra ci ha fornito a questo proposito un'ampia messe di fatti sperimentali. Essa ci ha dimostrato l'azione immediata dell'emozione sulle funzioni di tale o tal'altro organo. Da questo punto di vista ogni individuo recava nel suo modo di reagire alle emozioni il suo terreno particolare, le sue predisposizioni organiche, le sue tare ereditarie.

D'altra parte la guerra ha provato che le grandi emozioni non hanno realmente presa che sugli individui affetti da ciò che prima si chiamava artritismo e che oggi si denomina meglio diatesi colloidoclasica.

Quando si ricerca in questi individui la flocculazione del siero rispetto all'idrato ferrico colloidale, si constata che spesso la flocculazione è più intensa e si verifica a diluizioni più deboli, ciò che prova l'instabilità colloidale.

Un'altra quistione delle più importanti è che spesso i cancerosi ed i precancerosi danno delle reazioni di flocculazione rispetto all'idrato ferrico colloidale analoghe a quelle degli emicranici, degli asmatici, ecc. Autori come Slosse e Réding hanno insistito sull'abbassamento del pH nel cancro e nel precancro. Se questa teoria è discutibile, non è meno vero che la diatesi alcalina coincide frequentemente con la diatesi colloidoclasica e che è sull'antico terreno artritico e di squilibrio umorale che la cellula cancerosa trova il mezzo più favorevole al suo sviluppo.

I lavori di Adaville hanno dimostrato d'altra parte che la depressione costituzionale, che coincide con le manifestazioni colloidoclasiche, di cui non è forse che una espressione, realizza assai spesso il quadro clinico di una alcalosi cronica, l'emotività determinando un aumento del potassio plasmatico.

Questi fenomeni spiegano l'azione assai rimarchevole in certi casi dell'acidificazione degli umori in particolare a mezzo degli acidi fosforici e dei fosfati acidi di calcio e di magnesio.

Questi fatti, oltre al loro interesse biologico, hanno anche una importanza pratica. Se lo *choc* emotivo è capace di determinare degli accidenti provocando delle perturbazioni umorali, è logico ammettere che sia ugualmente capace di produrre effetti contrari, cioè favorevoli. May ha, per es., segnalato un fatto di orticaria guarita con lo *choc* emotivo e gli AA. hanno osservato dei fatti analoghi per l'emicrania. Non è raro vedere, durante delle catastrofi, dei malati affetti da malattie infettive guarire bruscamente.

Così la terapia suggestiva può avere un effetto analogo e provocare sull'organismo un perturbamento umorale, una modificazione fisico-chimica suscettibile di ristabilire un equilibrio momentaneamente turbato.

Si comprende infine come i calmanti del sistema neurotonico ed i metodi di desensibilizzazione, l'auto- emo- e l'autosieroterapia trovino così le indicazioni in tutti i casi in cui l'emozione agisce alla maniera di un antigene. I meravigliosi risultati di certi metodi spesso di apparenza empirica, i successi registrati nel corso dei tempi dai venditori di filtri, l'azione terapeutica evidente esercitata dall'autorità morale e dal prestigio del medico in tutte queste affezioni, troveranno forse nei fatti esposti una spiegazione razionale.

C. TOSCANO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

A. CANEZZA e M. CASALINI. *Il Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma.* Vol. di pagine 310 e numerosissime figure. Roma, 1933.

L'attuale Presidente degli Ospedali Riuniti di Roma, S. E. l'avv. G. Spano, nella prefazione, presenta e spiega lo scopo della Monografia dei due valorosi scrittori. Egli ha ritenuto opportuno « far rivivere il glorioso Istituto di S. Spirito in Sassia, nella luce della sua storia quasi millenaria », ed espone « il complesso ordinamento amministrativo e tecnico del grande nesso ospitaliero ».

Bisogna riconoscere che il compito non era facile: eppure esso è stato assolto assai egregiamente dai due autori. Confessiamo volentieri, e non sapremmo render loro miglior omaggio, di non aver immaginato neanche lontanamente che si potesse scrivere intorno a materia arida in apparenza tante e così interessanti cose. Ma non è solo lo stile che avvince: è sopratutto la esatta documentazione dei singoli fatti che sorprende. Traspare la visione diretta delle fonti più disparate, la comparazione critica di testi antagonisti, la competenza artistica, tecnica, storica di ciò che si compendia poi in poche righe.

Così bisogna sottoscrivere ancora *toto corde* a quanto è detto ancora nella prefazione: « cultori di studi storici e studiosi di discipline amministrative e tecniche troveranno in esso alimento prezioso per le loro indagini. E quanti amano l'Arte, che nel nostro Paese ha dato i più luminosi bagliori, saranno lieti delle pregevoli riproduzioni delle miniature che adornano i Codici preziosi, testimoni delle vetuste costumanze del Pio Istituto, rivolte tutte all'amorevole cura ed assistenza degli infermi, dei poveri ».

Questo per la parte storica affidata al dottor Canezza, che ricorda come « l'Ospedale, già denominato di S. Maria, e poi di S. Spirito in Sassia, sorgesse con l'annesso Asilo per reietti, negli anni più bui del lontano Medio Evo, nel 1204, per lo slancio generoso del Pontefice Innocenzo III ».

Ma è anche più interessante sapere come « esso avesse sede in un luogo già da più remoto tempo consacrato ad opere di umana solidarietà, cioè l'Ospedale che dicesi eretto da S. Simmaco Papà, il 498, e l'Ospizio istituito per i suoi connazionali da Ina, re dei Sassoni occidentali, verso l'anno 728 ».

In tal modo ci troveremmo dinanzi l'Ospedale più vecchio del mondo.

Il prof. Casalini poi ha « compendiato mirabilmente la consistenza, l'organizzazione, il funzionamento del grande e complesso Istituto, con un patrimonio rustico di 21714,43 ettari, una proprietà immobiliare comprendente 70 fabbricati in Roma, oltre i beni a Monteromano ed a Terracina, che gestisce un bilancio annuo di più di 144 milioni ed ha il governo di un folto stuolo di personale di ogni ordine per la cura quotidiana di 5000 infermi ».

Si tratta dunque di un'opera fondamentale di pregio assolutamente non comune e costituirà una delle fonti, per l'avvenire, alle quali tutti coloro che di questi argomenti si interessano, dovranno pur attingere!

Ma non si può chiudere questo rapido cenno della monografia, senza ricordare i propositi enunciati dal Presidente a favore degli Ospedali. « Bisogna parificare, egli dice, per ragioni di equità e decoro i vari Ospedali. Bisognerà quindi dotare di completi impianti radiologici, tutti quegli Ospedali che ne difettano ».

Ma se, appena terminato il nuovo braccio di S. Spirito, le costruzioni ospitaliere avranno una battuta di arresto, questo non significa che non si debba pensare a provvedimenti che non consentono dilazioni. Si allude alla separazione dei tubercolotici dagli altri malati, inconveniente che tutti gli Ospedalieri confessano, e al quale è però difficilissimo riparare. Tuttavia un primo passo è stato fatto, creando uno speciale reparto per gestanti tubercolose.

Un altro problema che certo commuove e interessa la cittadinanza è quello del trasferimento da Roma dei cronici. Triste cosa per un infermo vedersi esiliare e spesso diviso per sempre, quasi innanzi tempo, dai propri cari!

Un altro compito, cui auspichiamo il maggiore dei successi, perchè lo riteniamo d'importanza assolutamente essenziale, è l'elevamento del personale di assistenza. Quindi bene crescano e bene fioriscano le scuole professionali!

E plaudiamo infine alla simpatia che al Capo degli Ospedali ispirano le istituzioni della Scuola Medica Ospedaliera e dell'Accademia Lancisiana, istituzioni gloriose che non debbano rappresentare se non integrazione e complemento degli Studi Universitari.

Dimenticavamo di accennare al successo dell'opera. La edizione di parecchie e parecchie centinaia di copie si è esaurita in pochi giorni, ma in altrettanto breve lasso di tempo si accumularono sul tavolo presidenziale centinaia e centinaia di lettere di commenti entusiasti, di lodi convinte, di approvazioni autorevolissime.

Per i ritardatari una buona notizia: il libro sta alla ristampa! *M. e.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

M. COLLINA. *La lotta antitubercolare nella legislazione italiana.* Un vol. in-16° di 67 pag. Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, Ufficio Propaganda. Roma, 1933.

Sulla tubercolosi si è venuto formando in Italia tutto un *Corpus* di leggi, disposizioni, circolari che disciplinano la materia inerente e che non è agevole raccogliere e tener presente, mentre la conoscenza ne è della massima importanza per dirimere le varie questioni che si presentano in questo campo.

Il dott. Mario Collina, che è Capo dell'Ufficio antitubercolare alla Direzione Generale di Sanità Pubblica ed è anche Dottore in Giurisprudenza, è stato indubbiamente *magna pars* nella estensione delle accennate leggi e disposizioni. Nessuno meglio di lui poteva, quindi, sintetizzare armonicamente questa materia, con ordine sistematico; le disposizioni non sono riportate nel testo integrale, il che ci avrebbe dato un testo troppo voluminoso ed arido, ma riportando, per i diversi argomenti, la parte integrale di tutte le disposizioni stesse, con le precise citazioni.

È ovvia la grande utilità di questo libro per chiunque si occupi di tali argomenti, chè vi troverà una guida sicura per orientarsi in tale campo. Ma esso ha anche un altro grande merito, quello di mostrare in una sintesi felice quanto l'Italia ha fatto in pochi anni per la lotta antitubercolare: le provvidenza istituite, i servizi organizzati e disciplinati inspirandosi ad una vasta visione dei problemi sociali: sforzo maraviglioso, di cui si incominciano a vedere i benefici frutti. *fil.*

G. PINI. *Elementi di medicina sportiva.* Un vol. in-16°, di pag. 125. L. Cappelli ed., Bologna, 1932. Prezzo L. 7.

La medicina sportiva è scienza giovane soprattutto in Italia, ma ha fervidi ed appassionati cultori che di studiare e di consigliare la gagliarda giovinezza che si dà allo sport si sono fatti una vera missione.

Con alacre spirito giovanile, il prof. Pini ha fondato e dirige il Gabinetto di esame degli sportivi annesso al grande « Littoriale » di Bologna. Della larga esperienza raccolta in questo inesauribile campo di osservazioni, sorretta dalla lunga pratica medica, egli porta in questo succoso libro il frutto.

Precedono le nozioni generali di anatomia e fisiologia sportiva, in cui sono descritti o rammentati i particolari che possono interessare gli sportivi: i muscoli (i varî movimenti, punti di attacco, le funzioni), le articolazioni, i visceri, il metabolismo e le varie funzioni dell'organismo, tutti richiami necessari nella loro diretta applicazione allo sport.

Si diffonde poi sui metodi di esame (rilevando fra l'altro in rapporto tra il tipo costituzionale e l'adatto genere di sport) e sui criterî di valutazione, mostrando in tutto una profonda conoscenza della materia ed un sereno equilibrio di giudizio.

Il prof. Viola, nella prefazione, saluta come benvenuta questa pubblicazione e trova specialmente rimarchevole il capitolo dedicato alle più recenti conquiste della fisiologia dello sport. *fil.*

ROUSSEAU-DECELLE et RAISON. *Pathologie buccale, péri-buccale et d'origine buccale.* Vol. di pag. 576. Masson, Paris, 1933, Frs. 70.

Il volume fa parte della collezione « *La Pratique Stomatologique* » pubblicata sotto la direzione del dott. Chompret e, come gli altri volumi già editi (Nespoulous, *Dentisterie opératoire;* Izard, *Orthodontie*), è opera essenzialmente pratica della quale possono bene profittare tanto gli studenti che i medici desiderosi di coltura stomatologica. Ricordando le basi anatomiche e fisiologiche, attraverso studi clinici precisi, gli autori del volume guidano ad una precisa diagnosi come ad una sicura tecnica e cura.

La prima parte riguarda la patologia buccale e peribuccale (lingua, labbri, regione geniena, regione palatina, mascellari, glandole salivari); la seconda ha per oggetto i rapporti della patologia bucco-dentaria con i grandi processi della patologia generale (infezioni, intossicazioni, carenze, disturbi endocrinici ecc.) e con le malattie dei diversi apparati (respiratorio, circolatorio, digerente, ecc.).

Il gran merito degli AA. consiste nell'aver voluto concretizzare in un modo perfetto i rapporti che esistono fra la patologia bucco-dentaria e le altre branche della patologia. Magistralmente esposte le quattro grandi affezioni attorno alle quali gravita quasi tutta la patologia buccale: tubercolosi, micosi, sifilide, tumori.

Il volume ricco di 196 figure, la maggior parte originali, termina con un indice alfabetico completo ed accurato. A. PIPERNO.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 14 luglio 1933.

La funzionalità della milza del cane dopo la legatura delle arterie spleniche.

C. COLOMBI e L. PAOLAZZI. — Gli OO. hanno messo in rilievo che il quadro della resistenza globulare del sangue della polpa splenica, ottenuto mediante spremitura per contrazione adrenalinica, presenta a distanza di due mesi dalla legatura dei vasi arteriosi della milza una quota di globuli minimo-resistenti molto inferiore di quanto prima della legatura. Così pure l'iperglobulia adrenalinica è ascesa a valori più bassi e talora è mancata.

La legatura dell'arteria splenica. Ricerche sperimentali: istologiche ed ematologiche.

E. STORTI. — La legatura dell'arteria splenica non è dannosa nè pericolosa; non si notò alcun segno di colliquazione e solo piccoli infarti anemici od emorragici assai raramente. L'intervento conduce l'organo a gradi più o meno accentuati di sclerosi e ne provoca la perdita della contrattilità adrenalinica. La crasi sanguigna ritorna dopo un periodo iniziale di oscillazioni ai valori iniziali salvo alcuni caratteri dello stato splenoprivo. L'emolisi si riduce di molto. La legatura dell'arteria splenica provoca uno stato splenoprivo quasi completo che si mantiene duraturo e permanente.

Il comportamento della formula leucocitaria e della formula eritrocitometrica prima e dopo la collassoterapia nella tubercolosi polmonare.

R. SCOTTI DOUGLAS e P. G. SILVANO. — Gli OO. hanno studiato le formule leucocitaria ed eritrocitometrica negli ammalati di tubercolosi polmonare e le loro variazioni da collassoterapia. Concludono affermando che il quadro leucocitario mostra l'evidenza della gravità degli ammalati osservati (quadro di tipo settico secondo Medlar), mentre la formula eritrocitometrica mostra una deviazione verso destra alquanto accentuata. La collassoterapia ha causato lieve leucopenia ed eosinofilia con significato di favorevole azione del pneumotorace. I diametri dei globuli rossi hanno mostrato per lo più una deviazione verso sinistra, indice di ritorno verso la norma.

C. GERBI. — *Rapporti fra spazio non solvente delle proteine per il glucosio e pressione colloidosmotica.*

Terapia della polmonite crupale franca.

F. GALLIENI. — L'O. espone le sue esperienze in base alle quali ha curato la polmonite con iniezioni contemporanee di stomosina antipneumococcica e di gluconato di calcio ottenendo lusinghieri risultati.

Il Segretario: Dott. R. SCOTTI DOUGLAS.

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 7 luglio 1933.

Presidente: Prof. F. VANZETTI.

Mielosi a decorso subacuto con fase di anemia grave e di agranulocitosi e con remissione temporanea.

Prof. F. MICHELI e dott. PENATI. — In una bambina di 12 anni dopo un periodo iniziale febbrile con tumore di milza si notò un acutizzarsi del quadro morboso, mentre dal lato ematologico si notava una profonda anemia di tipo ipercromico ed una forte leucopenia con granulocitopenia e presenza di qualche elemento molto immaturo (mieloblasti). In seguito il decorso ha avuto una remissione clinica ed ematologica; ma poco dopo il quadro morboso ha ripreso con il tipico reperto clinico ed ematologico di una mielosi acuta. Gli OO. sulla scorta della loro osservazione e di alcuni casi simili rintracciati nella letteratura interpretano il caso come l'espressione d'una particolare modalità di decorso della mielosi acuta.

Bradicardia da ipertensione orbitaria.

Prof. GALLENGA. — Viene descritta una sindrome d'ipertensione della cavità orbitaria, riproducibile sperimentalmente, che presenta quale sintomo principale una bradicardia persistente. Di questa bradicardia l'O. indica i caratteri più importanti.

Sulle fratture dell'osso temporale.

Prof. E. PALLESTRINI. — L'O. richiama l'importanza della embriologia nell'interpretazione dei meccanismi e della patogenesi delle fratture dirette od indirette di quest'osso. Ne consegue che in questo caso, ha importanza non solo la natura e la violenza del trauma, ma anche la regione in cui la violenza del trauma ha agito. Così i traumi ad azione sull'occipite provocano fratture semplici o multiple influenzate nel decorso loro da due formazioni anatomiche; la sutura occipitomastoidea e l'impressione ossea del seno laterale.

I traumi portati sulla squama del temporale tendono a provocare un distacco irregolare fra la primitiva porzione squamosa e la primitiva porzione petrosa. Nell'uno e nell'altro caso sono sempre le porzioni cavitarie dell'orecchio medio a determinare l'estensione delle fratture nella piramide temporale, mentre il blocco labirintico per lo più resiste completamente anche alle maggiori violenze traumatizzanti.

Sulla tubercolosi dei gangli celiaci.

Dott. P. FOLTZ. — L'O. riferisce su un caso di tubercolosi caseosa dei gangli celiaci in sindromi di Addison per tubercolosi delle ghiandole surrenali. Il caso risulta particolarmente interessante non solo per la rarità del reperto, ma anche perchè fu possibile la diagnosi clinica della localizzazione tubercolare sul simpatico.

Le basi anatomiche della cardiopatia nera.

Dott. P. FOLTZ. — La sindrome della cardiopatia nera può riconoscere alterazioni arteriali del piccolo circolo morfologicamente diverse. L'O. distingue: 1) arteriolite e trombo-arteriolite non

specifica; 2) arteriti sifilitiche diffuse; 3) manifestazioni di vera arteriosclerosi (arteriosclerosi secondaria degli AA.) particolarmente in dipendenza di cardiopatie e pneumopatie; 4) finalmente alterazioni arteriali dagli AA. definite: arteriosclerosi primitiva. L'O. sulla base delle ricerche eseguite in un caso crede che le lesioni descritte in simili casi non siano identificabili con quelli della vera arteriosclerosi e sulla base delle ricerche propone la sostituzione della denominazione di arteriosclerosi primitiva del piccolo circolo con quella di pneumopatia arteriosclerotica essenziale.

Indicazioni ed applicazioni della ventriculografia cerebrale per via trans-orbitaria.

Prof. F. M. DOGLIOTTI. — L'O. ricordate le indicazioni e la tecnica di questo metodo, che già altra volta venne esposta su questo giornale (vedi Soc. Piemontese di Chirurgia, 28 gennaio 1933) dimostra mediante cinematografia questo suo metodo.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 15 luglio 1933.

Presidente: Prof. F. A. FODERÀ.

Prof. A. ALAJMO. — *Xeroderma pigmentoso e lesioni oculari.*

Contagiosità, Immunità, reinfezione nel tracoma.

Prof. G. FAVALORO. — L'O. con queste ricerche, ancora in corso, si è prefisso di indagare nell'uomo, col metodo sperimentale, l'essenza della contagiosità e dell'immunità nel tracoma.

Egli è venuto alla conclusione che esiste una reale immunità regionale congenita contro il tracoma, che questa immunità è forse più diffusa di quanto si creda, che esiste altresì un'immunità acquista contro una reinoculazione di tracoma e che contagiosità ed immunità sono termini fondamentali della questione etiologica del tracoma.

Sopra un caso di tumore pseudo-leucemico simmetrico delle palpebre.

Prof. G. FAVALORO. — L'O. descrive un caso raro di tumore pseudo-leucemico di ambo le palpebre di destra e di sinistra in una donna quarantacinquenne che aveva invaso tutti i tessuti palpebrali di origine mesodermica, compresi, cioè, tra la cute esternamente e l'epitelio congiuntivale interiormente. Istologicamente il tumore era esclusivamente costituito da elementi linfocitari monomorfi.

Esso si è notevolmente avvantaggiato dalla röntgenterapia.

Come un enorme ascite potè mentire per lungo tempo una gravidanza.

Prof. E. SCALIA. — L'O. riferisce il caso di una cardio paziente con fegato da stasi ed ascitica, amenorroica, che fu giudicata incinta anche oltre il termine della normale gravidanza, ricorda le varie cause di amenorrea fisiologica, primaria e secondaria e mette in rilievo l'importanza dello studio clinico accurato di ogni donna che si sospetti incinta.

Linfoadenosi cronica aleucemica.

Dott. L. PONTONI. — L'O. espone un caso di linfoadenosi cronica aleucemica, mettendo in rilievo: l'assenza di forme immature, nei preparati allestiti col metodo dello arricchimento, anche dopo iniezione di adrenalina, istamina, acido adenilico; la coesistenza di notevoli infiltrati leucemici con lo stato aleucemico; la buona efficacia del trattamento Röntgen.

Dott. S. BARBERA. — *Ricerche isto-patologiche sulla mucosa del cornetto inferiore nella rinite vasomotoria e nella rinite ipertrofica.*

Il metodo di Willems nel trattamento delle artriti acute purulente.

Dott. G. MIRONE. — Breve relazione di sei casi di artrite purulenta acuta (cinque di gonoartrite e uno di omoartrite) e presentazione dei soggetti, trattati con il metodo di Willems, praticando, però, l'artrostomia invece della semplice artrotomia, ed ottenendo la *restitutio ad integrum* della funzionalità articolare

Invaginazione intestinale acuta in quinta giornata ridotta con clisma di bario.

Prof. G. ZURRIA. — Bambino di due mesi affetto di invaginazione intestinale acuta in quinta giornata.

Impossibile l'intervento operativo date le gravissime condizioni del piccolo infermo.

Si pratica un clisma di bario a leggera pressione sotto il controllo radioscopico, e si riesce a ridurre l'invaginazione, che però si riproduce dopo due giorni e viene definitivamente ridotta mediante altro clisma.

Guarigione a distanza di tre mesi.

Il Segretario: Prof. G. DI MACCO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Una forma clinica eccezionale della febbre ondulante. La colecistite primitiva litogena.

Fra le forme cliniche della febbre di Malta, quelle relative alla infezione primitiva ed isolata del fegato o della vescicola biliare sono trascurate da quasi tutti gli AA.

Laurès di Tolone (*Annales de Méd.*, maggio 1933) ha potuto seguire un malato con infezione da melitococco e con localizzazione esclusivamente colecistica e formazione di un calcolo.

Si trattava di un malato di 65 anni il quale mai aveva avuto nozione di coliche epatiche, nè mai aveva sofferto di una malattia notabile. Nel giugno 1930 è colpito per la prima volta nella sua vita da febbre senza brivido, senza sudorazione, della durata di due giorni; dopo due giorni di apiressia febbre per quattro giorni ed eguale remissione. Fino all'ottobre successivo nuovi periodi di piressia ed apiressia sempre più lunghi; abbenchè astenico ed anoressico, continua a lavorare. Visto nell'ottobre, presenta lingua saburrale, non milza palpabile, vescicola biliare sensibile alla pressione, subittero marcato e generalizzato, feci decolorate ad intermittenza, non pigmenti nelle urine, tosse stizzosa, febbre alta, dimagramento intenso, nulla al torace, sierodiagnosi nel novembre positiva, a 1/400, pel melitococco, emocultura negativa. Cura con gonacrina, guarigione.

Per un anno il malato sta bene, di poi accusa una colica epatica, con vescicola grossa e dolorosa, ittero, decolorazione delle materie fecali, con pigmenti nelle urine, febbre alta. Con alternative di peggioramento e miglioramento il malato trascorre altri tre mesi finchè è operato e si toglie dalla vescicola un calcolo pigmentario, nero, grosso quanto una nocciuola. La bile raccolta asetticamente mostra in cultura pura, dopo 96 ore, un melitococco.

In definitiva si trattava di un malato colpito improvvisamente, dopo un periodo di invasione infettiva breve, da colecistite melitococcica. Mai ha presentato della melitense i sintomi generali importanti, sudori, artralgie, milza grossa, orchite; al contrario mostra una colecistite primitiva, melitococcica; aggiungiamo la fabbricazione, un anno dopo, di un calcolo. Nell'etiologia della litiasi biliare a infezione della bile per parte del melitococco, attualmente molto comune nella regione mediterranea, merita di essere segnalata ai clinici, ricordando che la febbre melitococcica può essere leggera, ben sopportata e può anche non obbligare a letto. Forse in molti casi di cosidette colecistiti sedicenti colibacillari **si** tratta di colecistiti melitococciche.

MONTELEONE.

Nella colecistite cronica.

Riposo in letto, continuato anche per 3-4 settimane; se vi è febbre, urotropina per iniezioni (2-4 cmc. di una soluzione a 25%) continuate per 6-8 giorni.

Contro il dolore sordo, applicazioni locali di ghiaccio se vi è febbre, od altrimenti calde (rinnovare ogni 1/2 ora).

Utili i sedativi nervini: Tint. di valeriana g. 10; Tint. di belladonna e di giusquiamo, ana g. 3. XX gocce, 2 volte al giorno in un po' di acqua zuccherata.

Oppure: Etere amilvalerianico cg. 60; Olio di mandorle dolci g. 8; Gomma g. 5; Sciroppo sempl. g. 30; Acqua g. 60. Da prendere in quattro volte.

Utile è anche la diatermia.

Dopo cessazione dei dolori, prescrivere l'olio di Haarlem (cg. 20 in capsula prima dei due pasti principali, per 10 giorni) ed al mattino a digiuno: Magnesia calcinata g. 30; Sottonitrato di bismuto g. 10; Lattosio g. 60. Un cucchiaino da caffè, in un po' di acqua; aumentare le dosi di magnesia in caso di costipazione. Il solfato di sodio e così pure gli estratti biliari non si daranno che quando sia passato ogni sospetto di infezione.

Invece, od a seguito dell'olio di Haarlem, l'olio di oliva, 1-2 cucchiai prima del pasto di mezzogiorno.

Alimentazione moderata, soprattutto latteo-vegetariana con frutta; caduta la febbre, piccola quantità di carne (60 grammi) ai ferri, o magro di prosciutto, o pesce. *fil.*

(*Vichy méd.*, febbr. 1933).

Coliche epatiche vescicolari a ripetizione in corso di pneumotorace destro.

C. Baccarani (*Riforma Medica*, 1932, n. 36), dopo avere ricordato come il pneumotorace possa qualche volta farsi causa di sindromi dispeptiche gastro-intestinali e dopo averne commentato il meccanismo patogenetico, illustra il caso di un ammalato di tubercolosi polmonare destra, nel quale l'applicazione del pneumotorace, dopo la prima introduzione, ha provocato nei sei rifornimenti successivi, altrettanti attacchi classici di colica epatica vescicolare. L'ammalato presentava il sintomo del respiro paradossale o di Kiemböck e una notevole epatoptosi. Dopo il sesto rifornimento, essendo scomparso il sintomo di Kiemböck e diminuita di molto la ptosi del fegato, l'ammalato non ebbe più coliche epatiche vescicolari e la cura potè essere continuata con buon risultato.

L'A. crede che queste coliche epatiche, che comparivano dopo ventiquattro ore da ogni rifornimento, debbano mettersi in rapporto alla epatoptosi, donde una colecistostasi da posizione e poi una scarica di colica vescicolare.

Il Baccarani ritiene necessario, nel tempo della cura pneumotoracica, di sorvegliare l'apparato digerente degli ammalati; il quale ha una enorme importanza per il buon risultato della cura. A. P.

Fegato e lesioni gengivo-dentarie.

G. Parturier e A. Pont (*La Presse Méd.*, n. 30, 1933), internista il primo, odontoiatra il secondo, ricordano come gli epatici vadano in modo particolare soggetti a lesioni boccali come gengiviti, piorrea, carie. È opinione degli AA. che i focolai gengivali ed amigdaloidei, sono metastasi secondarie ad una prima infezione d'origine interna. Gli AA. su 100 epatici hanno trovato che soltanto 13 avevano la dentatura perfettamente sana, e che il 50 % della clientela di un odontoiatra presenta dei segni di turbe epatobiliari. Vedono nell'alterazione del metabolismo del calcio degli epatici la spiegazione di questi disturbi dentari, e fanno risaltare come questi disturbi sono causa di cattiva masticazione con ripercussione sul tubo gastroenterico.

Concludendo raccomandano di visitare negli epatici lo stato del cavo orale onde prevenire e curare le lesioni dentarie, sempre possibili foci d'infezione. R. GRASSO.

La diastasuria nel corso di lesioni delle vie biliari.

I. Foged (*Acta Chir. Scand.*, vol. LXX, fasc. IV-V) ha studiato la diastasuria negli epatici.

Su 310 ammalati di colelitiasi o di colecistite, la diastasi urinaria è stata ricercata a mezzo di circa 1.500 analisi.

Fu trovata diastasuria patologica nel 15 % dei casi di colecistite e di colelitiasi non complicata.

Nelle calcolosi del coledoco la diastasuria patologica fu presente nel 60 % dei casi, per cui l'A. segnala il valore diagnostico di questo sintoma, in caso di calcolosi del coledoco.

Egli discute l'origine di tale diastasuria patologica, ed attribuisce questo sintomo ad uno stato irritativo partito dalle vie biliari per guadagnare il pancreas, lungo la via linfatica o canalicolare o per propagazione diretta.

L'A. tratta poi la diastasuria postoperatoria consecutiva agli interventi sulle vie biliari e la trova nel 23 % degli ammalati.

Fra le cause più frequenti della diastasuria postoperatoria fa rilevare:

1) le operazioni in immediata vicinanza col pancreas;

2) una alterata pressione all'interno delle vie biliari a seguito della asportazione della vescicola biliare. R. GRASSO.

NOTE DI TECNICA.

Di un procedimento tecnico per facilitare la lettura della reazione di Kahn.

La lettura dei risultati della sierodiagnosi della lues, che si ottengono coi procedimenti basati sulla flocculazione, appare in genere alquanto meno sicura e facile che non sia per quelli basati sulla deviazione del complemento, specie nelle reazioni parzialmente positive, sì che spesso può dipendere soltanto da un criterio personale il propendere in un senso o nell'altro riguardo all'interpretazione del risultato.

Ora, poichè le reazioni di flocculazione si vanno sempre più affermando rispetto alle altre, specialmente per la loro maggiore rapidità e sensibilità, e questa maggiore sensibilità è costituita dal maggior numero di reazioni parziali che con essa è dato svelare si comprende come tutti i ricercatori tendano ad accrescere questi pregi, e in pari tempo a facilitare la lettura dei risultati.

A. Grassi (*Diagn. e Tecnica di Labor.*, 25 sett. 1932) espone un suo metodo, che gli ha dato ottimi risultati e che consiste nel sostituire la centrifugazione allo scuotimento dei tubi. Con tale metodo si leggono facilmente anche le reazioni deboli. L'A. raccomanda inoltre di praticare una seconda lettura dopo aggiunta di soluz. fisiologica e successiva centrifugazione. G. LA CAVA.

MEDICINA SOCIALE.

La mortalità per parto in Inghilterra.

Riportiamo alcuni dei dati del rapporto finale della *Maternal Mortality Commission*, così come essi sono stati enunciati da W. Oxley in una seduta della Società Reale di Medicina di Londra. (*Proc. of the Roy. Soc. of Med.*, aprile 1933).

La commissione, che ha lo scopo di controllare il numero delle morti per parto in Inghilterra, e le ragioni di tali morti, se cioè esse erano, alla luce delle moderne cognizioni teoriche e pratiche sul meccanismo del parto, evitabili o meno, ha raccolto un materiale riguardante circa 6.000 morti per parto o durante il parto. L'esame accurato di tali casi ha dimostrato che nel 48.8 % dei casi la morte era stata causata da uno o più dei seguenti *fattori primitivi evitabili*: 1) errore di giudizio e di condotta nel trattamento del caso; 2) mancanza o insufficienza del trattamento prenatale; 3) mancanza di mezzi materiali; 4) negligenza del paziente o dei suoi parenti. È probabile però che la percentuale di casi di morte a *fattore primitivo evitabile* sia anche maggiore di quella riportata dalla Commissione. Questa poi si è preoccupata di stabilire il perchè di tali difettose condizioni di trattamento e se esse possono essere eliminate mediante opportuni provvedimenti amministrativi. Si potè così stabilire come in più che la metà dei casi, nessuna deviazione dalla linea normale di esatto trattamento era avvenuta: sono questi i casi di morte per sepsi, per eclampsia, shock, emorragia *ante partum*, embolia polmonare. Nell'altra metà dei casi la morte si sarebbe potuta evitare.

La commissione si propone dunque mediante vari ed opportuni provvedimenti di miglio-

rare i servizi ostetrici in modo che la mortalità per parto debba forzatamente diminuire.

Quali saranno questi provvedimenti, ecco il problema! G. LA CAVA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il ciclo evolutivo del virus sifilitico.

Dopo la scoperta del *Treponema pallidum* da parte di Schaudinn e Hoffmann, la maggioranza dei microbiologi considerava la spirocheta pallida come l'unica espressione del virus sifilitico. Pure, già sin dall'inizio, Schaudinn aveva intravisti la possibilità di un ciclo evolutivo di questo virus, comportante delle fasi non spirochetiche, analoghe alle forme di resistenza o di depressione constatate presso alcuni protozoari. Ma sfortunatamente le ricerche di Schaudinn furono interrotte troppo presto e d'altra parte le osservazioni di altri autori che si erano occupati dell'argomento non furono confermate dalle ricerche ulteriori. Il *Treponema pallidum* restava dunque la sola forma conosciuta di virus sifilitico quando nel 1927, Levaditi e collaboratori, riprendendo le ipotesi di Schaudinn, affermarono, sulla base di studi biologici ed istologici, che il treponema non rappresenta da solo la totalità del virus sifilitico.

È noto, dopo le ricerche di Truffi, Uhlenhut e Mulzer, ed altri, che i gangli linfatici periferici dei conigli portatori di sifilomi scrotali, sono, per così dire, costantemente virulenti, e purtuttavia non contengono generalmente mai delle spirochete visibili all'ultramicroscopio o su tagli colorati coi migliori metodi argentici.

Ora, se si esamina *in situ* ciò che avviene quando si innestano dei frammenti di ghiandole linfatiche virulente sotto la pelle dello scroto del coniglio, si constaterà che i processi evolvono in due fasi: una prima *fase aspirochetica* della durata da trenta a quaranta giorni ed una seconda *fase treponemica*. Durante la prima fase l'innesto si necrosa, s'infiltra con polinucleati e causa una reazione infiammatoria periferica che non ha nulla di specifico: nessun metodo istologico permette di scoprirvi delle spirochete. Poi, in maniera *quasi esplosiva*, le lesioni cambiano d'aspetto, per rivestire i caratteri particolari dei sifilomi microscopici: endo- e perivascolarite linfoplasmocitaria, apparizione di cellule epitelioidi e giganti, trasformazioni pseudo mixomatose.

Ora questi cambi istologici coincidono con l'apparizione dei treponemi, i quali non tardano a moltiplicarsi, apparendo anche nel tessuto che è servito d'innesto e che fino allora era rimasto, per così dire, sterile.

Davanti a tale fatto due sono le ipotesi possibili: o che l'innesto sia solo apparentemente mancante di treponemi, cioè che questi esistano ma in piccolo numero sì che essi non sono visibili con i nostri insufficienti metodi d'indagine (ipotesi questa eliminata sulla base di esperienze praticate con la *Sp. Duttoni*) oppure che il virus sifilitico possieda un ciclo evolutivo complesso, comportante, oltre la fase vegetativa, un'altra fase ultravisibile, inaccessibile ai nostri mezzi d'investigazione. È in questo stato ultravisibile che il virus vegeterebbe nel sistema linfatico dei conigli sifilizzati nel neurasse di alcuni animali colpiti da sifilide inapparente e, probabilmente anche, nei soggetti umani, sia durante i periodi intercalari della sifilide, sia, per quanto concerne il cervello e il midollo spinale, nel corso della parasifilide (paralisi progressiva e tabe).

Delle nuove esperienze, praticate da M. C. Levaditi, R. Schoen, A. Vaisman e N. Costantinesco (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, 20 giugno 1933) sia con della sostanza nervosa virulenta, per quanto apparentemente esente da treponemi, da topi sifilitici, sia con dei neoplasmi contenenti del virus sifilitico patogeno, per il coniglio, hanno confermato questa concezione di un ciclo evolutivo del virus della sifilide, comportante una fase vegetativa treponemica ed un'altra fase ultravisibile per quanto perfettamente patogena.

La trasformazione del germe invisibile in spirochete si effettua al contatto, e è favorita dalle lesioni infiammatorie vasculo-formative boccali, le quali realizzano condizioni nutritive favorevoli ad una tale trasformazione. Le alterazioni tissulari dette sifilitiche non offrono nulla di specifico. Esse non si distinguono dai processi similari avirulenti, che per delle modificazioni quantitative interessanti i diversi elementi citologici che le compongono. Solo la presenza del *Treponema pallidum* imprime loro il *cachet* etiologico. G. LA CAVA.

L'ATTUALITÀ MEDICA.

Azioni specifiche delle onde ultra-corte.

Onde ultra-corte, dice T. Reiter (*Deut. Mediz. Wochenschr*, n. 5, 1933) sono quelle inferiori ai 15 m.; esse esercitano delle azioni biologiche del tutto speciali. Provocano in profondità fenomeni reattivi vascolari caratterizzati da una notevole vaso-dilatazione: si tratta di un vero processo infiammatorio che si può spingere anche fino alla formazione di necrosi e di suppurazioni. Hanno azione infiammatoria le onde più corte di 10 m. Un'altra importantissima azione delle onde ultracorte è quella di distruggere in modo selettivo le cellule tumorali. Innestando bilateralmente nell'addome dei topi il sarcoma di Jensen, ed applicando poi unilateralmente le onde, si constata la distruzione del tumore che è invece ben sviluppato dal lato non trattato. Questa azione si osserva solo per le onde inferiori ai 4 m. e superiori ai 3 m.: le onde più efficaci sono quelle di 3,4 m., esse provocano la distruzione del sarcoma nell'80 % dei casi. Vengono distrutte solo le cellule del tumore, il tessuto connettivo intorno al tumore viene invece stimolato, esso presenta gran quantità di elementi giovani e una forte iperemia.

R. POLLITZER.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Come ne demmo già notizia, presso il Ministero dell'Interno si è riunito, nei giorni 27-29 luglio, in sessione generale, il Consiglio Superiore di Sanità, recentemente ricostituito per il triennio 1933-1935 sotto la presidenza dell'accademico S. E. il prof. DE BLASI e del vice presidente prof. FRUGONI.

Ha assistito allo svolgimento dei lavori il Sottosegretario all'Interno S. E. BUFFARINI, al quale il presidente prof. DE BLASI ha rivolto elevate parole di saluto e di ringraziamento pregandolo di rendersi interprete presso S. E. il Capo del Governo e Duce del Fascismo dei sentimenti di devozione e di ammirazione dell'intero Consiglio, per l'importante opera svolta nel campo dei provvedimenti igienico-sanitari e per l'interesse portato a tutto quanto si riferisce alla tutela ed al rinvigorimento della salute della popolazione.

Il prof. DE BLASI ha rivolto un caldo saluto al prof. Marchiafava, che nella sua grande sapienza e saggezza ha presieduto per lunghissimi anni il Consesso.

Ha tracciato con maestria il programma generale dell'attività del Consiglio. In particolare, ha rilevato l'importanza delle discussioni ampie ma non prolisse, ed ha lumeggiato i compiti delle Commissioni di esperti.

I lavori si sono iniziati con la relazione del direttore generale della Sanità Pubblica, gr. uff. BASILE, preventivamente trasmessa in bozze di stampa riservate a tutti i componenti del Consiglio, *sulle condizioni sanitarie del Paese, sui provvedimenti adottati nel 1932 e su quelli allo studio per futuri sviluppi.*

Tale relazione, che sarà pubblicata prossimamente, ha dato luogo, a proposito delle condizioni sanitarie del Regno e delle organizzazioni di assistenza e profilassi che il Fascismo va sviluppando con metodo e tenacia e con quel ritmo di gradualità che è imposto dalle condizioni economiche del Paese, ad una importante discussione a cui hanno partecipato i consiglieri on. prof. E. MORELLI, prof. L. MANFREDI, prof. S. BAGLIONI, prof. VALENTI, on. prof. SERONO, prof. MORPURGO, gen. med. L. FRANCHI, gr. uff. S. FABBRI, presidente dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, e gr. uff. A. ANSELMI, direttore generale del lavoro, dell'assistenza e della previdenza sociale, il quale ha, particolarmente, posto in rilievo l'entità dei rapporti fra Sanità e Dicastero delle Corporazioni agli effetti di una più larga e proficua assistenza igienico-sanitaria della popolazione coordinando le prestazioni assicurative con quelle degli Enti autarchici — Comuni, Provincie, Opere Pie — secondo le norme stabilite dalla « Carta del lavoro ».

La discussione si è chiusa con un unanime voto di compiacimento e di plauso del Consiglio per l'azione svolta dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Proseguendo nei suoi lavori, il Consiglio, oltre a buon numero di affari sanitari su cui il parere è obbligatoriamente richiesto dalle disposizioni in vigore (domande di autorizzazione alla vendita di acque minerali, naturali ed artificiali e all'esercizio di stabilimenti termali; ricorsi vari; istanze per pensioni privilegiate industriali, ecc.), ha preso in esame alcune *questioni di indirizzo sulla profilassi ed assistenza*, concernenti argomenti istruiti in apposite relazioni della Direzione Generale della Sanità Pubblica.

La prima questione ha prospettato la necessità della intensificazione della *profilassi della febbre tifoide*, malattia che le statistiche ed i dati presentati rilevano ancora persistente nelle zone rurali dove l'infezione è più tenacemente radicata in confronto delle città.

La mortalità per febbre tifoide, che nel triennio 1887-89, coincidente con la promulgazione della prima legge sanitaria, era di 835 su 1 milione di abitanti, è venuta gradualmente diminuendo del 79,2 per cento essendosi abbassata a 174 per 1 milione di abitanti nel triennio 1928-30. Tuttavia occorre rilevare che di questo beneficio più della metà, 58 %, si conseguì nei primi anni di applicazione della legge sanitaria ed in complesso nel primo quindicennio, mentre negli anni successivi la diminuzione fu più lenta.

Pertanto, dopo i miglioramenti igienici apportati nelle città, è tempo di dare opera più intensa al risanamento dei centri rurali, nei quali a preferenza si annida e persiste l'endemia, e da cui si diffonde la malattia nelle città. Con ciò solo potrà ottenersi una ulteriore e più forte riduzione della tifoide fino a sradicare questa endemia, che è indice rilevatore di manchevolezze nella salubrità degli abitati, e nella educazione igienica della popolazione.

Il problema si presenta particolarmente arduo quando si consideri la molteplicità dei fattori che contribuiscono alla conservazione ed alla diffusione dei contagio nell'ambiente, all'intimo legame di tali fattori con le condizioni del suolo, delle acque, delle abitazioni, ed alle gravi difficoltà di eliminare tutte le circostanze che mantengono e favoriscono l'azione nociva dei suddetti fattori ambientali.

A ciò aggiungasi, da un lato, la difficoltà di venire a conoscenza di tutte le forme iniziali, miti, abortive, anomale di tifoide; la facilità di portatori che diffondono il contagio; la impossibilità di attuare la cura diretta di essi e l'isolamento, mentre, d'altra parte, nell'ambiente rurale le condizioni favorenti l'endemia sono tali e così molteplici da non potersi sperare in un loro pronto e radicale mutamento.

L'interessante questione, prospettata dalla Direzione Generale della Sanità in un documentato

rapporto, è stata illustrata al Consiglio Superiore dai relatori proff. CASAGRANDI e PECORI, i quali hanno esaminata l'azione fin qui attuata e come essa potrebbe svolgersi per l'avvenire, nei riguardi: della pratica organizzazione dei servizi per la identificazione dei portatori di bacillo del tifo, e per ottenere, in quanto possibile, la rapida sterilizzazione di essi; delle indicazioni per estendere la vaccinazione antitifica alla generalità degli abitanti nelle zone di endemia, e delle cautele da adottare; e, specialmente, dell'organizzazione dei servizi e mezzi più idonei a garantire l'innocuità dei rifiuti della vita cittadina, e la salubrità degli approvvigionamenti idrici locali a preferenza nelle zone rurali, in attesa che si sviluppino e si completino dovunque opere radicali di risanamento, ottenendo in tal modo il risultato di stabilire al più presto le condizioni e gli ordinamenti basilari per la lotta a fondo contro le mosche.

In seguito alla discussione sull'argomento da parte dei consiglieri proff. FRUGONI, OTTOLENGHI, PUNTONI, ALESSANDRINI e MANFREDI, il Consiglio Superiore ha approvato, all'unanimità, il voto: « che sia dato il maggiore possibile impulso all'approvvigionamento idrico, sia dei grandi centri urbani, sia di quelli che si trovano nelle zone rurali, preoccupandosi oltre che della qualità, del quantitativo necessario non solo per gli usi privati, ma anche per quelli pubblici; che sia rigorosamente applicato un efficace e precoce isolamento dei malati e si dia quanto più presto possibile pratica effettuazione ai servizi provinciali di profilassi; che, per quanto si riferisce all'igiene generale negli stessi centri, sia provveduto: al regolare allontanamento e smaltimento dei rifiuti umani; ad una razionale disciplina delle concimaie; al rigoroso divieto dell'uso delle acque luride per la irrigazione degli orti e dei frutteti; alla buona tenuta dell'abitato; a dare opera attiva e più ampia che sia possibile di educazione, di divulgazione e di propaganda igienica, con particolare riguardo ai mezzi di difesa e di lotta contro le mosche e contro ogni altro veicolo di infezione;

che siano frattanto estese le vaccinazioni antitifiche alla popolazione civile in quei centri rurali in cui la infezione tifoide si presenta con una continuità endemica (specie durante gli eventuali episodi epidemici), raccomandando che esse, per quanto si può, siano fatte per via ipodermica e ripetute anche annualmente in epoca anteriore all'ordinario insorgere dell'endemia; che siano favoriti gli studî intesi alla preparazione di vaccini che diano un minimo di reazioni e attuabili possibilmente con una sola iniezione ».

La seconda questione esaminata si è riferita al problema della *lotta contro la malaria* in rapporto alla bonifica integrale ed alle nuove provvidenze legislative al riguardo.

Come è noto, la politica rurale del Regime e la grandiosa azione redentrice attuata dal Governo Fascista con la bonifica integrale in territori per la massima parte focolai endemici di malaria, hanno creato nuove esigenze sanitarie e nuovi compiti da assolvere, che si rendono sempre più vasti in rapporto ai grandi sviluppi raggiunti dalle opere di trasformazione fondiaria e di colonizzazione agricola specialmente nell'Agro Pontino. Alle manchevolezze della preesistente legislazione per fronteggiare i nuovi bisogni sopraccennati, è stato di recente provveduto con la legge 22 giugno 1933, n. 851, per il coordinamento e l'integrazione delle norme dirette a diminuire le cause della malaria, mentre nuovi criteri sono stati emanati col R. D. 13 febbraio 1933, n. 215, nei riguardi della bonifica integrale, che deve oggi veramente considerarsi quale la realizzazione di un piano generale di lavoro e di attività coordinate con rilevanti vantaggi igienici, demografici, economici e sociali.

Gli anzidetti provvedimenti, emanati dal Governo Fascista, imprimono un nuovo più fecondo impulso alla lotta contro l'endemia di malaria, e dall'applicazione di essi si avvantaggerà, senza dubbio, l'assistenza igienico-sanitaria e profilattica a favore specialmente delle classi lavoratrici rurali.

La radicale ed integrale trasformazione dei terreni paludosi ed insalubri, la intensificazione dell'agricoltura con razionali ed adatte coltivazioni, il popolamento delle campagne — finalità della bonifica integrale — affidano, poi, di potere in tempo più o meno breve sradicare e sopprimere definitivamente l'endemia.

Sui modi e sui mezzi di maggiore praticità ed efficacia della organizzazione antimalarica nelle zone rurali e nei comprensori di bonifica è stato richiesto all'on. Consiglio Superiore di voler dare l'autorevole parere, per norma e guida della Direzione Generale della Sanità.

L'interessante questione è stata illustrata da una Commissione composta del gr. uff. E. IANDOLO, direttore generale della bonifica integrale, e dei proff. G. ALESSANDRINI e D. OTTOLENGHI, relatori.

Dopo cenni illustrativi del prof. G. ALESSANDRINI sullo svolgimento della lotta antimalarica nell'Agro Pontino, il Consiglio Superiore ha unanimamente approvato, su proposta degli stessi relatori, il seguente voto: « Il Consiglio Superiore di Sanità rileva che la recente legislazione sulla bonifica integrale, frutto della illuminata e fervida collaborazione fra il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ed il Ministero dell'Agricoltura e Foreste (Sottosegretariato per la bonifica integrale), ha dato più chiaro riconoscimento giuridico alla necessità, già apparsa nella prassi, di integrare l'attività di tutti i mezzi occorrenti ad impedire la diffusione della malaria e a proteggere da essa i lavoratori adibiti alle opere;

rileva pure che un maggiore concorso alla risoluzione dei problemi attinenti alla difesa della malaria potrà essere dato dalla facoltà attribuita al Ministero dell'Agricoltura di promuovere studî e ricerche anche sperimentali ai fini della migliore formulazione dei programmi da attuare tanto nei riguardi economico-sociali che igienici;

osserva con soddisfazione che, oltre alle accennate provvidenze, intese ad assicurare il migliore successo sanitario dell'attività pubblica di bonifica, la nuova legge permette di estendere a tutte le zone dichiarate malariche — anche se fuori di comprensori di bonifica — l'intervento statale diretto alla soppressione delle condizioni di suolo favorevoli alla malaria;

ritiene pertanto che la nuova legge risponda a razionali direttive per quanto concerne il problema della malaria, ed esprime il voto che appunto in vista dei nuovi orientamenti legislativi, meglio adeguati alle esigenze sanitarie, si abbia presente la necessità, in sede di formazione e di attuazione dei progetti, di un'ampia collaborazione scientifica e pratica da parte di esperti nei problemi igienici ed in particolare della malaria.

Nei riguardi delle nuove provvidenze legislative, nota con soddisfazione che la nuova legge 22 giugno 1933, n. 851, consentendo, in dati casi, che le somme da erogarsi per la lotta antimalarica dalle Amministrazioni pubbliche ed enti obbligati siano versate ad un unico organismo provinciale o ad apposito Ente debitamente attrezzato, consegue una migliore coordinazione delle attività assistenziali e profilattiche.

Nota inoltre come questa legge allarghi le provvidenze di difesa e di assistenza, assicurando non solo ai lavoratori manuali e alle loro famiglie, ma anche al personale impiegatizio la somministrazione dei rimedi e, nelle zone di bonifica integrale, anche l'assistenza medica gratuita.

Rileva poi che con la istituzione della tessera sanitaria e con la cura prolungata e gratuita dei malarici che abbandonano la zona di lavoro, mentre si assicura la guarigione di questi, si impedisce il dilagare della malattia fra le popolazioni di località indenni.

In particolare rileva con vivo compiacimento l'avvenuta sostituzione della tassa sul chinino con una sovrimposta a base totalitaria, ottenendosi così di diminuire l'onere tributario dei contribuenti e di evitare le gravi spese di riscossione.

Il Consiglio Superiore di Sanità riconosce infine che le adottate provvidenze, in quanto meglio garantiscono la tutela sanitaria dei lavoratori nelle zone malariche, giustificano la norma che esclude il carattere di infortunio alla malaria contratta in occasione di lavoro, pure assicurando adeguata indennità nei casi di morte per perniciosa e fa voti:

1) che l'avviamento alla unificazione dei servizi antimalarici, felicemente iniziata con le nuove disposizioni di legge, si sviluppi ulteriormente rendendo normale per tutte le zone malariche le disposizioni previste come facoltative nelle sole zone in cui si eseguono lavori di bonifica integrale (articoli 7 e 10);

2) che il concetto di non limitare ai soli proprietari di terreni e fabbricati delle zone malariche, l'onere tributario della somministrazione dei rimedi antimalarici, abbia più ampio sviluppo in armonia col carattere nazionale della lotta contro la malaria;

3) che siano assicurati i mezzi necessari al regolare funzionamento dei comitati provinciali antimalarici, e che si tenga presente la necessità di chiamare a farne parte esperti nel campo scientifico e pratico della malaria ».

Successivamente, il Consiglio Superiore si è occupato di alcuni importanti particolari dell'*organizzazione antitubercolare*, che il Governo cura con speciale interesse e con sempre maggiori mezzi.

In primo luogo è stato preso in esame il problema della depurazione delle acque di rifiuto dei sanatori antitubercolari, sul quale ha riferito una speciale Commissione composta dei consiglieri on. prof. E. MORELLI, prof. ORSI, prof. ing. BORDONI e prof. L. MANFREDI, relatore. La Commissione, dopo avere preso atto della documentazione fornita dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica, ha riconosciuta la gravità e l'urgenza della questione, dato il gran numero dei Sanatori che vanno sorgendo in Italia grazie alla provvida legge dell'assicurazione obbligatoria e date le ragioni di opportunità che hanno consigliato l'ubicazione di essi in vicinanza dei centri abitati.

La Commissione ha ritenuto che, anzitutto, debba provvedersi in ciascun Istituto all'adozione di misure rigorose per la raccolta e la sistematica distruzione o, quanto meno, sterilizzazione degli escreati prima che vadano ad unirsi nella fogna del Sanatorio alle deiezioni e alle acque di lavaggio. Circa le varie contingenze che possono presentarsi nel campo pratico, essa ha indicati i seguenti criteri di massima: 1) nessun provvedimento speciale è necessario per le acque nere riversate nella fognatura collettiva urbana convenientemente costruita, in quanto la grande diluizione del materiale infettante e il suo disperdimento offrono sufficienti garanzie; 2) similmente non è necessario un trattamento speciale quando il materiale possa essere smaltito per epurazione naturale o per filtrazione attraverso il suolo o per disperdimento nel mare aperto o in grandi corsi d'acqua, a convenienti distanze dagli abitati; 3) escluse le circostanze anzidette, l'epurazione delle acque nere sanatoriali, prima del loro smaltimento nell'ambiente estremo, è indispensabile.

Premesso che sono da escludersi i metodi biologici (fosse settiche, letti d'ossidazione, fanghi attivati), che oltre ad essere più o meno complicati e costosi, hanno scarsa influenza sulla vitalità del bacillo tubercolare, la Commissione ha indicato come idoneo allo scopo il trattamento con cloro (cloro gassoso o ipocloriti) preceduto da sufficiente decantazione e chiarificazione del materiale. Il regolare funzionamento degli apparecchi automatici di clorazione dovrà essere sorvegliato accuratamente, poichè quando siano sufficienti la misura e la durata della clorazione (gr. 20 di cloro per mc. di liquame già depurato, con una durata di contatto di almeno due ore) è dimostrato che la distruzione del bacillo tubercolare può ritenersi sicura.

Dopo un'ampia discussione, alla quale hanno partecipato i consiglieri proff. CASAGRANDI, on. MORELLI, PUNTONI, ORSI e gr. uff. BASILE, il Consiglio Superiore ha approvate le suesposte direttive.

La trattazione successiva ha considerato il quesito della ospedalizzazione degli infermi di tubercolosi chirurgica, sulla quale ha riferito una Commissione composta dei consiglieri proff. GIANNINI, VALAGUSSA e gen. medico L. FRANCHI, relatori.

Lato importante del poliedrico problema antitubercolare è costituito dalla necessità, ormai inderogabile, di adottare direttive adeguate anche per l'assistenza e la cura delle tubercolosi ossee ed osteoarticolari. Tali infermità debbono infatti essere anch'esse precocemente diagnosticate e sottratte all'assistenza ospedaliera comune, per fruire di appositi Istituti ubicati in opportune località marine o climatiche e forniti di personale medico specializzato. Agli effetti di stabilire il fabbisogno integrativo in questo ramo della assistenza antitubercolare, la Direzione Generale della Sanità ha recentemente proceduto ad una revisione di tutti gli Istituti ospedalieri specializzati per tali forme di tubercolosi, accertandone n. 31 (esclusi i reparti delle cliniche e degli ospedali), con una disponibilità di circa n. 4614 letti. Di essi n. 19 sono diretti da sanitari specializzati in chirurgia ortopedica, e n. 12, pur essendo diretti da medici generici, hanno chirurghi specializzati come consulenti.

Siccome nel convegno medico tenuto a Cortina d'Ampezzo nel febbraio u. s., sotto gli auspici della Federazione Italiana Fascista per la lotta contro la tubercolosi, si riconobbe la necessità di affrontare adeguatamente il problema del ricovero e cura di tali infermi, allontanandoli dagli ospedali comuni, così il relativo quesito è stato prospettato dall'on. Consiglio Superiore di Sanità, per le direttive del caso.

È da tenere presente che il ricovero dei detti infermi appare, per ovvie ragioni di profilassi, meno urgente che quello dei polmonari, per modo che l'ospedalizzazione degli osteo-articolari, ove non trattisi di assicurati contro la tubercolosi, si rende necessariamente meno facile. Si prospetta, pertanto, la convenienza, allo stato attuale, di dare, in un primo tempo, il massimo incremento alle Stazioni elioterapiche a ricovero diurno per le forme che non richiedono degenza obbligata a letto. Intanto si completerà l'assetto degli Istituti climatici ad internato totale oggi esistenti per le forme in parola; salvo a procedere, in un secondo tempo, ad un maggiore sviluppo dell'organizzazione assistenziale anche in questo campo.

Sull'interessante argomento hanno parlato, oltre al relatore, i consiglieri proff. OTTOLENGHI, MANFREDI, GIANNINI, VALAGUSSA, on. MORELLI e gr. uff. BASILE, e la discussione si è conclusa con l'approvazione di un voto proposto dalla Commissione predetta e contenente le seguenti direttive:

1) costituire in ogni dispensario antitubercolare una consultazione chirurgica affidata a persona competente per la diagnosi dei casi di tubercolosi chirurgica;

2) usufruire degli Istituti permanenti già ben attrezzati, procurare di completare quelli che vi si prestano in conformità dei mezzi finanziari a disposizione, trasformandoli in sanatori specializzati per la cura della tubercolosi chirurgica;

3) dare ampio sviluppo alla costituzione delle stazioni elioterapiche debitamente attrezzate e dirette, per le forme tubercolari che non richiedano i trattamenti speciali d'immobilizzazione, od altri, i quali trovano la loro sede negli Istituti sanatoriali per tubercolosi chirurgica.

Proseguendo nella trattazione delle questioni generali di profilassi e di assistenza, iscritte all'ordine del giorno, il Consiglio ha preso in esame i primi risultati sin qui raggiunti dalla collaborazione fra Consorzi provinciali antitubercolari e Federazioni Provinciali dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, per la profilassi antitubercolare.

L'importante argomento è stato ampiamente illustrato da una relazione dei consiglieri proff. L. MANFREDI e gr. uff. avv. S. FABBRI, presidente dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia, relatore.

Come è noto il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità), allo scopo di dare il necessario impulso all'assistenza alle gestanti tubercolotiche e alla prevenzione delle malattie tubercolari nell'infanzia, ebbe a diramare ai Consorzi provinciali antitubercolari i criterî informatori di tale assistenza; e, successivamente, allo scopo di coordinare i mezzi e le energie disponibili, d'accordo con l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, dettò norme di collaborazione tra i Consorzi provinciali antitubercolari e le Federazioni dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia.

In seguito al voto formulato dall'on. Consiglio Superiore di Sanità nella tornata del 22 dicembre 1932-XI, il Ministero dell'Interno richiese, come base di prima organizzazione, che in ciascuna Provincia fosse previsto un adeguato numero di posti per il ricovero di urgenza di gestanti tubercolotiche; fosse altresì prevista l'assistenza urgente al neonato figlio di madre tubercolotica, chiamando il Brefotrofio ad istituire una speciale sezione, in mancanza di altre istituzioni locali, e, inoltre, fosse provveduto ad una adeguata assistenza ulteriore, tanto alla madre che al neonato. Le spese e le iniziative dovevano ripartirsi fra i due Enti predetti.

Allo stato presente i risultati ottenuti sono i seguenti: Nella più parte delle Provincie tali norme di collaborazione sono in corso di applicazione sia mediante la destinazione delle somme occorrenti, sia mediante la destinazione di posti-letto presso Istituti adatti per il ricovero delle gestanti tubercolotiche e dei nati da madri tubercolotiche.

In alcune provincie il Ministero ha invitato i prefetti a curare che tra i Consorzi provinciali antitubercolari e gli altri Enti locali siano stabilite

intese necessarie per l'impianto, presso Istituti già esistenti, di reparti da destinarsi all'assistenza di cui sopra.

In riassunto, può dirsi che attualmente i posti-letto in reparti speciali per gestanti tubercolotiche sono n. 544. I posti di collocamento immediato dei neonati da donne tubercolotiche sono oggi n. 291; e per il ricovero preventoriale di fanciulli conviventi con tubercolotici si dispone attualmente nei preventori con internato, di n. 10.991 posti-letto.

Nei riguardi delle somme stanziate nei bilanci, secondo le più recenti notizie esse ascendono a L. 6.290.222 per i Consorzi provinciali antitubercolari ed a L. 2.042.250 per le Federazioni dell'Opera Maternità e Infanzia; e, cioè, un totale di L. 8.332.472.

Presentemente, la competenza passiva per l'assistenza alla gravida tubercolotica è a carico del Consorzio provinciale antitubercolare, ovvero dell'Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale, se trattisi di assicurata; mentre, per i neonati sani, l'assistenza spetta all'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia. Ma qui occorre rilevare che l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, che gestisce l'assicurazione contro la tubercolosi, ha un notevole interesse, anche economico, che i bimbi d'oggi, fatti giovani, non siano in avvenire a suo carico come tubercolotici, quando l'onere della cura sarà ben maggiore e il danno sociale più vasto. A tale riguardo è già in atto una encomiabile collaborazione da parte del predetto Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale; ma è stato auspicato che con un ritocco alla vigente legge sull'assicurazione contro la tubercolosi, possano aumentarsi i mezzi occorrenti, per una più larga e proficua collaborazione.

Pertanto, su queste premesse il Consigilo Superiore di Sanità ha dato la sua piena approvazione alle seguenti conclusioni dei relatori: 1) di predisporre statistiche più complete in materia; 2) di curare la collaborazione e la coordinazione fra gli Istituti che provvedono alle varie forme di assistenza antitubercolare materna e infantile, affrettando accordi definitivi tra le altre istituzioni più direttamente interessate alla difesa antitubercolare, e cioè: Opera Nazionale Maternità e Infanzia, Istituto Nazionale Fascista della previdenza sociale e Consorzi provinciali antitubercolari.

Altro argomento, nel campo delle organizzazioni antitubercolari, si è riferito alle statistiche relative ai Dispensari provinciali antitubercolari per il 1932, elaborate dalla Federazione Italiana Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi. La questione è stata esaminata, alla stregua dei dati raccolti, dai consiglieri proff. Giannini e Manfredi (relatore). I dati raccolti si riferiscono alla attività svolta nel 1932 e rappresentano l'avviamento ad una vera statistica vitale dei tubercolotici in Italia, e cioè l'inizio di un regolare censimento del numero di essi con registrazione riservata e segreta presso i singoli Consorzi.

Essi dati riflettono sin qui 77 Consorzi, per un complesso di n. 361 dispensari e riferiscono, per ogni individuo, sede, sesso, professione o mestiere. Non poterono, per ora, elaborarsi i dati relativi alle condizioni economiche, per quanto di esse si possa già avere una certa idea dalla notizia del mestiere o della professione, dalle condizioni di ambiente, e dalla indicazione se il malato è assicurato contro la tubercolosi.

I risultati globali sono i seguenti: riconosciuti affetti da tubercolosi polmonare n. 59.824; non riconosciuti affetti n. 122.143; in accertamento n. 33.057; visitati complessivamente n. 215.024.

È risultata la preponderanza del sesso femminile per alcune forme tubercolari più importanti, come quelle dei polmoni e delle pleure; mentre il rapporto fra maschi e femmine subisce invece poche oscillazioni per le affezioni dei gangli tracheo-bronchiali, ed è quasi identico per tutte le altre forme. È evidente il rapporto fra età e forma tubercolare per alcuni periodi della vita, specie per le forme polmonari, per le pleuriche e per quelle dei gangli tracheo-bronchiali. Infatti, mentre le forme tracheo-bronchiali raggiungono il massimo nei primi 10 anni di vita, le forme polmonari aumentano dall'età di 15 anni all'età di 35, raggiungendo il massimo verso i 23 anni.

In quanto alla diffusione delle forme polmonari in rapporto alle professioni e ai mestieri, la classe più colpita è quella degli operai, e, subito dopo, alcune categorie non professionali (attendenti a casa, disoccupati, mendicanti, ricoverati in ospizi, ecc.).

I dati, desunti da un lavoro tenace e complesso, pur nella incompletezza rappresentano un primo e poderoso sforzo.

Il Consiglio Superiore, preso atto, con interesse, delle notizie ricevute, ha approvate le conclusioni dei relatori, auspicanti: 1) una sempre più omogenea e completa unificazione della segnalazione statistica, la quale comprenda equamente non soltanto i malati in regime consorziale, ma anche quelli in regime assicurativo; 2) un casellario unico, centrale, che costituisca un vero e proprio censimento della tubercolosi in atto, in Italia.

L'ultima delle questioni poste all'ordine del giorno si è riferita allo esame di alcune proposte formulate dalla speciale Commissione relatrice, composta dai consiglieri proff. Vernoni (relatore), Lanfranchi e Stazzi, nei riguardi delle *brucellosi*.

Come è ben noto, le infezioni da « brucelle » nell'uomo e negli animali devono essere sempre seguite con vigile attenzione, a causa del pericolo che rappresentano per la salute umana e per gli allevamenti nazionali.

Nel primo semestre dell'anno corrente si sono avuti a lamentare diversi focolai nell'uomo, e precisamente nelle provincie di Avellino, Belluno, Frosinone, Novara, Pistoia e Ragusa, mentre anche nella specie bovina ed ovina manifestazioni di dette infezioni si sono presentate con relativa frequenza

Nell'ultima tornata del 22 dicembre anno decorso, a conclusione dell'esame della importante questione della brucellosi, il Consiglio Superiore di Sanità emise il voto che la Direzione Generale della Sanità Pubblica disponesse per la esecuzione di una indagine razionale, allo scopo di possibilmente accertare, per ogni singolo focolaio o caso di brucellosi nell'uomo e negli animali, quale fosse il tipo di brucella causa della manifestazione. Per la identificazione del tipo devono, poi, determinarsi i vari procedimenti dalla detta Direzione Generale.

La Commissione relatrice predetta, dopo nuovo attento studio dei vari elementi inerenti alla questione, ritiene che gli accertamenti debbano svolgersi, nell'uomo, sulla base dei seguenti capisaldi: manifestazioni cliniche; indagini epidemiologiche; identificazione batteriologica.

Manifestazioni cliniche: cartella clinica, compilata con la maggiore accuratezza, specie per quanto si attiene alla sintomatologia, e corredata dal diagramma termico.

Indagini epidemiologiche: da eseguirsi con la massima diligenza allo scopo di determinare l'origine del contagio. A tale fine dovranno essere tenuti presenti i contatti diretti con persone od animali eventualmente infetti, la ingestione di prodotti animali capaci di trasmettere il contagio (latte e suoi prodotti freschi) ed ogni altra possibilità di contagio indiretto.

Identificazione batteriologica: dovrà eseguirsi mediante isolamento del germe causa dell'infezione, da effettuarsi con i procedimenti riconosciuti utili per arrivare, in quanto possibile, ad una esatta determinazione del tipo. Dovranno considerarsi come fattori particolarmente utili per la differenziazione: *a*) la maggiore o minore facilità di sviluppo della prima coltura, sia in aerobiosi che in anaerobiosi relativa; *b*) la produzione di H_2S in speciali terreni impiegati a tale fine; *c*) il comportamento del germe in esame nella prova della batteriostasi delle sostanze coloranti.

Parallelamente all'inchiesta nel campo umano, altra analoga verrebbe eseguita negli animali della zona, ai quali possa essere riferita l'origine del contagio.

Nei casi in cui le ricerche batteriologiche previste non conducano ad una netta determinazione del tipo, le colture dovranno essere inviate per ulteriori indagini al Laboratorio Batteriologico della Sanità Pubblica. Inoltre, un questionario redatto sulla base dei capisaldi di cui sopra, illustrato da apposita circolare alle Prefetture del Regno, potrà mettere gli uffici sanitari provinciali in condizione di predisporre utilmente il piano di indagine considerato, valendosi della collaborazione dei servizi sanitari comunali e delle competenti istituzioni mediche e veterinarie.

Alle suesposte conclusioni del relatore, è seguìta un'ampia discussione, da parte dei consiglieri proff. FRUGONI, LANFRANCHI, PUNTONI ed on. MORELLI.

Di seguito a tali conclusioni, e data l'importanza e la complessità del problema e la necessità di giungere a proposte motivate e concrete nei riguardi della formulazione di norme legislative e relative istruzioni tecniche circa la profilassi delle infezioni brucellari, S. E. il presidente del Consiglio Superiore di Sanità, prof. DE BLASI, per la continuazione degli studi relativi secondo le direttive sopra esposte, ha nominato la Commissione seguente: prof. Cesare Frugoni, vice presidente del Consiglio Superiore di Sanità, presidente; proff. Vittorio Puntoni, Guido Vernoni, Alessandro Lanfranchi, Pietro Stazzi, Carlo Bisanti, capo del servizio veterinario della Direzione Generale della Sanità Pubblica, membri.

Prima di esaurire il proprio compito, il Consiglio Superiore ha approvati altri voti, e, precisamente, uno proposto dal consigliere sen. prof. E. PESTALOZZA per un particolare controllo sulle *denuncie obbligatorie degli aborti procurati per indicazione medica*, diretto ad ottenere che la grande falange dei medici italiani, uniformandosi alle direttive della politica demografica del Governo ed ai progressi della scienza, miri a limitare entro confini sempre più ristretti l'incresciosa misura dell'aborto procurato.

Un secondo voto, proposto dai consiglieri proff. CASAGRANDI, on. SERONO, VALENTI e BARGELLINI, si è riferito alla opportunità dello studio di provvedimenti diretti a rendere più facile e più diffuso il *consumo delle acque minerali naturali*, le quali costituiscono un vero e grande patrimonio nazionale che dovrebbe essere più largamente sfruttato.

Infine, un terzo voto concerne il problema dei *fabbisogni minimi di ventilazione e di cubatura d'aria per gli ambienti*. Dato l'interesse del problema, il presidente del Consiglio Superiore S. E. DE BLASI ha nominato, per il suo studio, una Commissione composta dei consiglieri on. prof. E. Morelli, presidente; proff. O. Casagrandi, D. Ottolenghi, V. Puntoni e G. Pecori, membri.

* * *

Al termine dei lavori, il Sottosegretario all'Interno S. E. BUFFARINI ha espresso la sua viva soddisfazione per la elevata discussione cui hanno dato luogo gli argomenti trattati e per l'alto spirito che fa del Consiglio Superiore di Sanità un idoneo efficace strumento, del quale il Duce e il Regime possono valersi appieno per l'opera indefessa che vanno svolgendo a tutela della sanità fisica e morale della stirpe.

Per la lotta antimalarica.

La « Gazzetta Ufficiale » del 22 luglio 1933, numero 169, reca la Legge 22 giugno 1933, n. 851, dal titolo « Coordinamento e integrazione delle norme dirette a diminuire le cause della malaria », della quale avemmo già ad occuparci nei numeri 14 (p. 552) e 25 (p. 905).

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Divisione VI) ha diramato ai signori Prefetti e Autorità assimilate una circolare in data 4 agosto 1933, n. 201183/4, la quale precisa e chiarisce i punti fondamentali della nuova legge.

Ce ne occuperemo in un prossimo numero.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBISSOLA MARINA (*Savona*). — Scad. 30 sett.; L. 7200 e 10 bienni ventes., assegno addizionale L. 500, c.-v.

AOSTA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posti di Direttore della Sezione Medico-Micrografica e di Assistente della Sezione Chimica dei Laboratori di Igiene e Profilassi. Stipendio rispettivamente di L. 18,500 e 14,000 aumentabile di un ventesimo per ogni biennio e per dieci bienni. Supplemento di servizio attivo rispettivamente di L. 4000 e di L. 2500. Indennità di aggiunta di famiglia. Percentuale sui proventi per ricerche, analisi, ecc. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 %. Scadenza ore diciotto del 31 ottobre 1933-XI. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale.

BRESSANONE (*Bolzano*). — Scad. 31 ag.; L. 6800 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2600 indenn. alloggio; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 30 mag.; tassa L. 50. Conoscenza lingua italiana.

CASTELNUOVO GARFAGNANA (*Lucca*). — Scad. 15 dic.; 2 condotte; L. 9000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 2000 trasporto; addizionale L. 20 per famiglia povera eccedente il n. di 120.

CENATE D'ARGON (*Bergamo*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 723,70 uff. san., L. 2000 trasp., L. 300 ambulat., L. 2 e L. 5 addizionali per tutti gl'iscritti, c.-v.

COLLAGNA (*Reggio Em.*). — Scad. 20 ott.; con Busana; L. 8000 oltre indenn. categoria L. 3000, L. 2000 pel consorzio, L. 3000 trasp., c.-v. L. 1200, fino a consumazione complessiva di L. 17.000.

DIGABICCE (*Pesaro*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 uff. san.

FORMELLO (*Roma*). — Scad. 30 sett.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., L. 804 uff. san., L. 2112 c.-v., L. 1672 arm. farm., addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

FOSCIANDORA (*Lucca*). — Scad. 15 sett.; L. 10.000 oltre L. 1000 cavalc., L. 840 se c.-v., L. 600 se uff. san.

GUALDO (*Macerata*). — Scad. 31 ag.; L. 9000 oltre L. 1000-2500 trasp., c.-v.; età lim. 40 a.

GUALTIERI (*Reggio Em.*). — Scad. 30 ott.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. categoria, L. 3000 trasp. con cavallo o automobile, c.-v.

IMPERIA. *Amministrazione Provinciale*. — Scad. 31 ag.; concorso a due posti di secondo assistente medico presso l'Istituto Elioterapico Vittorio Emanuele III, indetto dal Consorzio Provinc. Antitubercolare di Bussano di San Remo. Rivolgersi alla Segreteria del Consorzio, presso l'Amministrazione Provinciale.

MONTEROSSO ALMO (*Ragusa*). — Scad. 10 sett.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec.

MONTRESTA (*Nuoro*). — Abitanti n. 1390. Medico chirurgo condotto. Concorso per titoli scadente il 15 ottobre 1933-XI. Periodo di prova anni due con disdetta sei mesi prima. Stipendio annuo L. 10.500 suscettibile di n. 4 aumenti quadriennali di un decimo. Indennità temporanea di caro viveri nella misura di legge, se dovuta. Assegno annuo di L. 500 per la carica di ufficiale sanitario ove questa gli venga conferita dalla Prefettura. Stipendio, indennità e assegno vanno soggetti alle ritenute di legge; lo stipendio e l'assegno per uff. san. anche a quella del 12 %. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. La domanda, oltre ai documenti di rito, dovrà essere corredata del certificato d'inscrizione all'Albo di un'Ordine dei Medici e al P. N. F. Tempo massimo per l'assunzione del servizio, un mese dalla partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Scad. 30 sett., ore 17; primario di un reparto di medicina; titoli ed esami; L. 4000 l'anno, decurtate del 12 %, esclusa qualsiasi indenn. di c.-v.; tassa L. 50,10; età lim. 45 a. al 1° ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data. Chied. avviso.

SIRACUSA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Scadenza ore diciotto del 3 novembre 1933-XII. Stipendio annuo L. 17.200, suscettibile di tre aumenti quadriennali, il primo di L. 600, il secondo di L. 800 ed il terzo di L. 900. Indennità caro viveri fino a quando sarà mantenuta agli altri impiegati della Amministrazione. Stipendio ed indennità sono soggetti alle trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. Alla domanda dovranno allegarsi i documenti prescritti dall'art. 8 del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, oltre i seguenti: certificato di iscrizione al Partito Nazionale Fascista; ricevuta di cartolina vaglia di L. 50. I documenti non di carattere fisso dovranno essere di data non anteriore a tre mesi. Assunzione servizio entro 30 giorni dalla data della partecipazione di nomina sotto pena di decadenza. Chiarimenti e richiesta dell'originale avviso di concorso alla Segreteria Generale della Provincia.

TREVISO. *R. Prefettura*. — Scad. 15 nov.; uff. san. del capoluogo; L. 14.850 ridotte del 12 %; 5 quadrienni dec., serv. att. L. 2500, assegno carica L. 1000, trasp. L. 1000; divieto eserc. profess. libero; doc. a 3 mesi dal 10 ag.

VILLAR PELLICE (*Torino*). — Scad. 15 ott., ore 12; con Bobbio Pellice; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 920 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premi « Lepetit ».

La Lepetit S. A. ha messo a disposizione del Consiglio Nazionale delle Ricerche la somma di L. 7500 affinchè siano istituiti 5 premi di L. 1500 ciascuno da assegnarsi ai 5 migliori lavori o gruppi di lavori sperimentali eseguiti da laureati in medicina da non più di 5 anni.

I premi saranno denominati Premi « Lepetit » e saranno assegnati su designazione fatta da una Commissione nominata dalla Presidenza del Comitato Nazionale per la Medicina.

Possono concorrere ai 5 Premi « Lepetit » 1933 tutti i cittadini italiani che si sono laureati in medicina in una delle Università del Regno nelle sessioni di laurea di luglio e ottobre 1928, 1929, 1930, 1931, 1932.

I lavori sperimentali debbono essere stati pubblicati durante l'anno solare 1933 e debbono riferirsi ad un solo argomento. Il candidato potrà aggiungere al lavoro altri suoi lavori eseguiti precedentemente, solo se si riferiscono strettamen-

te all'argomento trattato nel lavoro pubblicato nel 1933.

Non sono ammessi manoscritti o dattiloscritti.

I concorrenti debbono presentare al Comitato Nazionale per la Medicina del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Ministero dell'Educazione Nazionale, viale del Re, Roma), entro il 15 febbraio 1934, domanda su carta da bollo, accompagnata dal certificato di laurea debitamente legalizzato, da un certificato di cittadinanza italiana e da quattro esemplari dei lavori.

BORSE DI STUDIO.

Posti di perfezionamento del lascito « Dott. Ernesto Parona ». — Sono posti a concorso due posti: uno per la clinica chirurgica, l'altro per la patologia medica; assegni rispettivamente di lire 2500 e di L. 1400. Rivolgersi alla Segreteria della R. Università di Pavia. Scad. 30 novembre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Pasquale Pasquini è nominato, in esito a concorso, straordinario di embriologia a Perugia.

Il prof. Ugo Faccini, primario chirurgo dell'Ospedale Civile di Aquila, è nominato, in esito a concorso, primario chirurgo dell'Ospedale Costanzo Ciano di Livorno.

Il R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti ha assegnato il premio Minich di L. 3500 al prof. Camillo Ninni di Napoli per i suoi studî compiuti all'Istituto Pasteur di Parigi sull'ultravirus tubercolare.

Il dott. Giuseppe Russo, direttore del Servizio oftalmico della Cirenaica, è nominato, *motu proprio* del Re, ufficiale dell'Ordine Coloniale della Stella d'Italia.

Il prof. Giuseppe Bolognesi, direttore della Clinica chirurgica della R. Università di Siena, è nominato, *motu proprio* del Re, cav. ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di alta cultura medica della Fondazione Tomarkin.

La cerimonia inaugurale del 5° Corso internazionale, avvenuta il 13 agosto al Kurhaus di Saint-Moritz, si è risolta in una calda manifestazione di schietta simpatia ed ammirazione per il Duce d'Italia e per il Fascismo. Quando il vice presidente della Fondazione, dott. Leonardo Tomarkin, dopo che il presidente del Governo cantonale on. Vieli, ed il sindaco di Saint-Moritz on. Nater, ebbero portato — in lingua italiana — il benvenuto agli ospiti, ed espresso il loro compiacimento per la scelta dell'Engadina a sede del 5° Corso, ha accennato al mirabile contributo che per volontà di Mussolini, l'Italia porta anche nel campo del progresso delle scienze, ed ha ricordato che il successo del 4° Corso, tenuto lo scorso anno a Milano, fu in grande parte dovuto all'ausilio prezioso apportatovi dal Governo del Duce, i convenuti che gremivano il salone applaudirono calorosamente.

Il dott. Tomarkin ha chiuso il suo dire non senza aver ringraziato tutti i partecipanti ed avere inviato l'espressione della sua gratitudine a S. E. Solmi, che aveva aderito, al Segretario federale di Milano, Rino Parenti ed al Podestà di Milano, che si erano fatti rappresentare, nonchè al preside della provincia ed ai vice podestà pure aderenti.

Hanno parlato quindi il prof. Alfonso Cuzzi, membro del Direttorio di Milano, in rappresentanza del Segretario federale, il prof. Ragazzi, a nome del Podestà di Milano, il prof. Buergi per gli scienziati svizzeri e il prof. Tustin per il Belgio.

A S. E. il Capo del Governo italiano, Tomarkin ha inviato il seguente telegramma, accolto da nuovi applausi: « Professori e sanitari partecipanti al 5° Corso di alta cultura medica della Fondazione Tomarkin, memori e riconoscenti della indimenticabile ospitalità dell'Ateneo milanese, apprezzando altamente il contributo degli scienziati italiani al Congresso dei corsi di perfezionamento per i medici, esprimono all'E. V. la loro profonda sentita ammirazione per l'opera mirabile compiuta dal Regime fascista, pioniere opere miliari alta cultura e civiltà ».

A cerimonia terminata, il prof. Alfonso Cuzzi ha inviato un telegramma a S. E. Starace a nome dei professori universitari milanesi convenuti a Saint-Moritz, ed un altro telegramma al Segretario federale.

Tra i docenti figurano numerosi italiani. Daremo ulteriori notizie del Corso.

3° Congresso internazionale ospedaliero.

Dal 28 giugno al 3 luglio si è tenuto, come annunziammo nel N. 31 (p. 1237), questo importante Congresso, promosso e organizzato dal dott. R. Sand, presidente dell'Associazione internazionale degli ospedali.

Furono ampiamente dibattute le più vitali questioni relative degli ospedali, particolarmente l'organizzazione tecnica, i servizi d'infermeria, i servizi sociali, i servizi annessi (aziende rurali) ecc.

Gli atti vengono pubblicati integralmente nel periodico « Nosokomeion » (Urbanstrasse 12-16, Stuttgart, Germania), che è l'organo ufficiale dell'Associazione.

2° Congresso medico-chirurgico calabrese.

È indetto a Reggio Calabria dal 3 al 5 settembre. Presidente d'onore del Congresso è il prof. Rocco Jemma; il Comitato ordinatore è presieduto dall'on. prof. Rocco Caminiti; segretario generale ne è il prof. Ugo Tropea.

Temi di relazione e relatori: prof. Misasi, « Meningismo »; prof. Tropea, « Odierne vedute sulla terapia delle infezioni puerperali »; prof. Puca, « L'epilessia in rapporto ad alcune località calabresi »; prof. Salvadori, « La tubercolosi laringea e i suoi rapporti con la tubercolosi polmonare ».

Ai congressisti sarà accordata da e per Reggio una riduzione sui biglietti ferroviari. Occorre perciò richiedere in tempo utile al Segretario generale le tessere e gli scontrini ferroviari anche dei familiari specificando i nomi delle persone che dovranno usufruirne.

La tassa di iscrizione al Congresso è di L. 25 per i medici e di L. 10 per i familiari. Tali somme devono essere inviate al segretario generale del Congresso.

Sono in programma visite e gite.

Al Congresso sarà annessa una esposizione di prodotti farmaceutici, materiale sanitario, strumenti ecc.

Rivolgersi al segretario generale del Comitato ordinatore, prof. Ugo Tropea, Reggio Calabria.

1° Raduno italiano di gastroenterologia.

È promosso da un Comitato provvisorio composto di A. Allodi, G. B. Benacchio, Cavazzeni,

Chierego, V. Chini, G. Diena, P. Girardi, E. Greppi, Plitek, Quaglia, F. Ravenna, F. Serio, P. Zorzi. Avrà luogo a Pavia, durante il Congresso di medicina (ottobre). Sarà all'ordine del giorno la costituzione definitiva di una Società italiana di g.-e. e saranno svolti e discussi i seguenti temi: « Achilia gastrica » (prof. A. Allodi); « Achilia gastrica ed anemia » (prof. F. Micheli). Le adesioni vengono raccolte dal prof. P. Zorzi, via A. Cantore 7, Verona.

Alle Terme di Salsomaggiore.

Con breve e austera cerimonia sono stati inaugurati due medaglioni marmorei collocati negli uffici delle Terme demaniali in memoria dei professori Alberto Riva e Cesare Cattaneo.

Dopo brevi parole del prof. Varanini per le Terme, del comm. Sofia per la città termale e del prof. Preti per la facoltà medica di Parma, il prof. Zoia e il prof. Nasso hanno ricordato gli studi compiuti e l'opera svolta rispettivamente dal Riva e dal Cattaneo. Pronunziò brevi parole anche il gr. uff. Rebucci.

Fu in seguito tenuta una riunione scientifica, con illustrazioni delle applicazioni terapeutiche salsoiodiche in medicina interna (prof. Luigi Zoja), nelle malattie ginecologiche (prof. E. Alfieri), nelle malattie delle prime vie respiratorie (prof. F. Lasagna).

Un laboratorio italiano di fisiologia in alta montagna.

Si sta creando a Predazzo presso la Scuola alpina della guardia reale italiana, ad oltre 1000 m. sul mare, un laboratorio di fisiologia degli sports per studiare non soltanto l'attitudine fisica nei campi militari e gli effetti dei diversi esercizi fisici a grande altezza, ma anche le condizioni di vita in alta montagna e stabilire criteri scientifici definiti per la selezione severa dei soggetti costituzionalmente più adatti ai servizi in montagna, da arruolare nell'esercito, e ciò tanto nell'interesse del corpo che in quello dell'individuo. Vi si accerta l'inettitudine alla resistenza, la cattiva armonia delle capacità funzionali dell'organismo.

Il laboratorio è dotato degli apparecchi, necessari allo studio sperimentale delle modificazioni subìte per le differenti funzioni dell'organismo durante l'attività fisica. Verranno studiati gli esercizi della Guardia di finanza a Predazzo e Passorolle.

Pel rinnovamento ospedaliero e universitario di Firenze.

Nel Palazzo del Governo a Firenze ha avuto luogo una importante riunione dei rappresentanti degli enti cittadini interessati nella soluzione del problema delle Cliniche e dell'Università. È stato firmato il verbale contenente i capisaldi dello sviluppo armonico e organico della nuova Città universitaria e sanitaria. Si è stabilito d'indire entro il mese di agosto l'appalto del primo edificio; si procederà poi, con ritmo sollecito, alla costruzione degli altri edifici, secondo gli ordini impartiti dal Duce per il rinnovamento ospedaliero e universitario di Firenze.

Ospedale sanatoriale per la provincia di Firenze.

La Cassa Nazionale per le assicurazioni sociali ha deciso, in linea di massima, la costruzione dell'ospedale sanatoriale per la provincia di Firenze. Il prof. Morelli, d'accordo con il podestà sen. Della Gherardesca e col preside della provincia Radiani, ha scelto la zona di Pratolino, prossima al preventorio inaugurato lo scorso anno, nella stessa villa Pinucci. Il terreno è stato concesso dalla provincia. Si attende l'inizio dei lavori.

Nuovo Ospedale di Pinerolo.

Questo ospedale, i cui lavori verranno quanto prima iniziati, occuperà un'area de 27.960 metri quadrati. La spesa ascenderà ad oltre due milioni e duecento mila lire. Il sen. Giovanni Agnelli ha annunciato, anche a nome del figlio comm. avv. Edoardo, un'offerta di lire centomila, subordinata al sollecito inizio dei lavori.

A lato dell'ospedale sorgerà un vasto padiglione pel dispensario antitubercolare, che verrà costruito e gestito dal Consorzio provinciale.

Centro medico di Tokio.

Il 4 giugno, con un discorso dell'ambasciatore americano J. C. Grew, vennero inaugurate a Tokio due nuove unità dell'« Ospedale Internazionale di San Luca con Centro Medico ».

Questo Ospedale venne fondato trenta anni or sono da un medico americano, dott. R. Bolling Teusler, recatosi nel Giappone quale missionario della Chiesa protestante episcopale.

Le due nuove unità consistono in un magnifico nosocomio, capace di 275 ricoverati, ed in un grandioso collegio per infermiere, capace di ospitare 200 allieve. I fondi per l'unità nosocomiale sono stati raccolti negli Stati Uniti, mediante sottoscrizione popolare; quelli per il collegio delle infermiere sono stati elargiti dalla Fondazione Rockefeller.

Ospedale-scuola per negri a Chicago.

L'1 giugno fu inaugurato a Chicago il « Provident Hospital » per i negri, con centro d'insegnamento; era già in funzione dal 15 maggio. Sostituisce un precedente ospedale.

È costato 3 milioni di dollari (oltre 45 milioni di lire it.).

Alla direzione è preposto l'ammiraglio medico Norman J. Blackwood. Nella nomina del personale tecnico ed insegnante non si farà questione di razza; ma, a parità di altre condizioni, si darà la preferenza ai negri.

All'insegnamento è destinata la somma di 1 milione di dollari, donata dalla Fondazione Rockefeller e amministrata dall'Università di Chicago.

Limitazione di rapporti con i medici ebrei in Germania.

Dalla « Gazette des Hôpitaux » del 9 agosto si apprende che il commissario delle associazioni mediche della Germania ha pubblicato un decreto, il quale commina un'ammenda ai medici ariani colpevoli di mantenere dei rapporti con i medici ebrei o con i pazienti di questi medici. Il decreto interdice anche ai medici ariani di affittare locali ai medici ebrei, o di essere locatari di questi ultimi; d'inviare dei malati presso i medici ebrei, e di curare quelli raccomandati loro da questi ultimi; di prendere parte a consulti cui partecipino medici ebrei. Coloro che trasgrediranno a questo decreto dovranno corrispondere un'ammenda che sorpassi una volta e mezzo l'importo degli onorari percetti.

Per i medici tedeschi rifugiati in Inghilterra.

Il Consiglio Medico Generale, che regola l'attività professionale dei medici in Inghilterra, è stato sollecitato, dalla « Jewish Medical Emergency Association » (Società medica di soccorso agli ebrei), affinchè siano accordate facilitazioni ai medici ebrei profughi dalla Germania.

Attualmente si richiede un esame preliminare di anatomia e di fisiologia e, dopo due anni, un esame definitivo. Si fa notare che tra i profughi figurano altissime personalità della medicina: sarebbe vessatorio sottoporle a queste formalità e lungaggini. Anche per gli altri medici si vorrebbe una certa liberalità. Il Comitato esecutivo del Consiglio ha però risposto che il Consiglio stesso non ha facoltà d'infrangere le disposizioni vigenti.

Un po' dovunque.

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » si è adunata il 27 luglio sotto la presidenza del prof. C. Cantieri. Furono fatte comunicazioni dal presidente (sul mimetismo famigliare della tubercolosi) e dai dottori C. Melani, N. Gavazzi, B. Lorenzo, Gentili.

Il 16 giugno si è adunata a St. Louis l'Associazione Cattolica Ospedaliera degli Stati Uniti e del Canadà ed ha approvato alcuni ordini del giorno, secondo cui: 1° l'assistenza ai malati deve costituire lo scopo supremo degli ospedali; il problema della retribuzione ai medici ed alle amministrazioni, quantunque importante, è d'ordine subordinato; 2° in conformità ai principî enunciati da S. S. Pio XI contro la limitazione delle nascite, negli ospedali associati non verrà tollerata alcuna pratica diretta a tale scopo; 3° si dichiara che l'assistenza agli indigenti non deve costituire una responsabilità del solo Stato.

Un congresso medico ungherese ebbe luogo dal 9 al 16 maggio in Balatonfüred, sul lago Balaton. Furono trattati i temi: il pratico e la balneologia (da J. Sümeghi); le emorragie ginecologiche (da E. Schipiades); terapia fisica delle cardiopatie (da I. Bertalan); le deformazioni corporee in Ungheria (da M. Horvath).

Dal 9 all'11 ottobre si terrà ad Atlantic City (Stati Uniti) un congresso della Sezione medica della « American Prison Association ». Verranno fatte tre conferenze: sul servizio medico nelle prigioni (dott. R. K. Flannagan), sui neurotici nelle prigioni (dott. F. S. Baldi) e sull'esame neurologico sistematico dei reclusi (dott. M. Freeman).

Nell'occasione, all'Ospedale cittadino verranno fatte lezioni sui problemi di cardiologia (dott. P. Marvel jr.), sulla sifilide (dott. C. H. Shivers), sul servizio ospedaliero e la terapia (dott. D. W. Scalan).

I medici dipendenti dallo Stato e da società private del Belgio hanno organizzato una sottoscrizione per offrire al dott. Giovanni Trolli — che per lunghi anni fu medico capo e direttore generale dei servizi sanitari al Congo belga — il di lui busto in bronzo, nelle dimensioni naturali. Com'è noto, il Trolli è italiano e lo sono anche 62 dei 150 medici coloniali belgi; l'opera dei nostri connazionali è apprezzatissima.

La Congregazione di Carità di Aquila ha offerto un ricevimento in onore del prof. Ugo Faccini il quale ha lasciato il posto di primario chirurgo in quell'Ospedale Civile, per passare allo stesso posto nell'Ospedale Costanzo Ciano di Livorno. Intervennero le autorità e le maggiori personalità cittadine. La sera i colleghi della città e dei dintorni offrirono al Faccini un banchetto d'addio; parlò il gen. medico Caccia, cui rispose il festeggiato.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 4 Settembre 1933 - XI — Num. 36

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Clinica Medica Generale della R. Università di Genova.
Direttore: Prof. NICOLA PENDE.

I rapporti tra la chetosi diabetica e lo stato del sistema endocrino.

Dott. FRANCO INTRONA, assistente.

La conseguenza più immediata e più importante dello scompenso del ricambio nel diabete è la chetosi; cioè aumento dell'acetone e degli altri chetoacidi nel sangue ed aumento più o meno intenso della loro eliminazione per l'urina e per l'aria espirata. Per scompenso nel diabete intendiamo quelle alterate condizioni di ricambio in cui la diminuita funzione interna pancreatica è scesa a tal punto da non essere più permesso ai tessuti il minimo indispensabile consumo di carboidrati; oppure quelle particolari condizioni umorali per cui l'insulina, che ancora il pancreas è capace di immettere in circolo, non riesce a svolgere il suo compito normale nell'andamento del ricambio dei carboidrati (diabeti insulino-resistenti).

La ragione per cui la chetosi interviene, come prima e più importante conseguenza dello scompenso del ricambio, sta nel fatto che essa è provocata da tentativi che fa l'organismo — essenzialmente per opera del fegato — di fornirsi di altri carboidrati anche se esso è incapace a consumarli.

Si può ammettere in generale che la chetosi interviene sempre in tutte le forme di carenza di carboidrati da qualsiasi causa questa provenga per i tentativi che fa l'organismo di rimediare a questa carenza con la produzione endogena di idrati di carbonio. Così la chetosi è presente oltre che nel diabete pancreatico, anche nel diabete renale, quando è erroneamente curato con la sottrazione di carboidrati dalla dieta; nel diabete florizinico, che è la riproduzione sperimentale del diabete renale; nel digiuno prolungato di carboidrati; nelle somministrazioni di eccessive quantità di insulina, per cui la massima parte di carboidrati resta fissata nei tessuti sotto forma di glico-

gene; e in tutti quegli altri casi patologici in cui il fegato si trova poco provvisto o privo di riserve glicogeniche.

L'organo che genera chetoacidi è essenzialmente il fegato: numerosi fatti comprovano questa affermazione. Anzitutto quello riportato dal Fischler, che nei cani avvelenati con florizina, vide una chetosi intensa quando li operava prima di fistola di Ech invertita: mentre nei cani operati di fistola di Ech la chetosi non si presentava. Questi dati sperimentali dimostrano in maniera inequivocabile che la permanenza del fegato nel circolo generale è indispensabile per la genesi dei corpi chetonici. Altri dati di fatto sperimentali che depongono per la esclusività del fegato nella genesi dei corpi chetonici sono le ricerche di Emden e dei suoi collaboratori, eseguite con la circolazione artificiale del fegato; si vide che tutti gli acidi grassi presenti nella nostra dieta abituale e molti aminoacidi fatti circolare attraverso il fegato dànno origine all'acido β-ossibutirrico.

Dunque, come primo punto fondamentale nella questione della chetosi, è da ritenersi che la chetosi è un fatto patologico, un tentativo di riparare alla carenza dei carboidrati di qualsiasi natura, che il fegato compie attivamente. Per tanto perchè la chetosi esista, è necessario che il fegato funzioni se non normalmente, almeno fino a un certo minimum, oltrepassato il quale nell'insufficienza epatica completa la chetosi non si può avere o la si ha appena accennata. A questo punto non possiamo non richiamare l'attenzione sul fatto che i tentativi di riguardare l'acetonemia provocata dopo un digiuno come prova di una ipofunzione epatica non hanno una logica e salda base teorica, in quanto nella insufficienza epatica, la chetosi non è dovuta alla diminuzione o alla cessazione di essa funzione epatica, ma è invece un energico tentativo di compenso che compie il fegato, utilizzando la sua funzionalità residua, di riparare alla carenza di carboidrati causata dalla più o meno marcata depressione della sua funzione glicopessica.

Dobbiamo ora esaminare la questione delle sostanze madri a spese delle quali il fegato elabora i corpi chetonici.

Senza dubbio gli acidi grassi contenuti nei lipidi alimentari contribuiscono alla genesi dei corpi chetonici. Il Knoop ha avuto il merito di illustrare il modo come gli acidi grassi vengono a mano a mano disintegrati e la loro catena carbonica viene man mano ridotta per mezzo della β-ossidazione sino ad arrivare all'acido β-ossibutirrico. Secondo la teoria di Knoop solo gli acidi grassi che abbiano una catena di atomi di carbonio di numero pari possono dare origine ai chetoacidi. Ed infatti nel nostro organismo e nella nostra dieta abituale, sono presenti soltanto acidi grassi a numero pari di carbonio.

Ma è stato visto che anche i derivati proteici possono, non meno degli acidi grassi, dar luogo nel fegato alla formazione di chetoacidi. Questi derivati sono gli aminoacidi che giunti al fegato sono deaminati e quindi ingranati nel ricambio energetico. Ora principalmente questi tre aminoacidi, la leucina, la tirosina, e la fenilanalina, hanno, come è stato visto in esperienze di perfusione sul fegato, spiccatissime proprietà chetogene.

Quindi il fegato in tutti i casi di carenza di carboidrati tenta di riparare tale carenza col formare carboidrati nuovi dai grassi e dalle proteine. In tale funzione non può fare a meno di generare chetoacidi poichè se la glicerina nella molecola dei grassi neutri può essere tutta trasformata in carboidrati senza residui tossici, non è così per gli acidi grassi della cui molecola una parte subisce la trasformazione chetosica; e così degli aminoacidi derivati dalle proteine i tre summentovati sono in genere trasformati in chetoacidi mentre gli altri sono trasformati in carboidrati.

In quanto agli organi che in condizioni normali hanno la funzione di disintegrare i chetoacidi, si tratta di una questione molto controversa: fu pensato dapprima che il fegato fosse capace di distruggere questi corpi e questa credenza fu autorizzata dal reperto di esperienze di circolazione artificiale nel fegato in cui fu visto che nel liquido di perfusione fuoriuscivano minori quantità di chetoacidi di quelle che entravano. Ma ulteriori ricerche di Snapper e De Grünbaun dimostrarono che il fegato non li distrugge ma li fissa invariati nel suo tessuto. Si viene quindi alla conclusione che il fegato non esercita assolutamente alcuna funzione di disintegrazione sui chetoacidi. Conclusione questa che è stata convalidata dai risultati delle ricerche di Baer e di Mann in cui è stato visto nelle rane e nei cani epatectomizzati che i chetoacidi iniettati scomparivano come negli animali normali. Dalle esperienze di Snapper e Grünbaun e Neuberg, e da quelle di Griesbach si ricava la conclusione che gli organi deputati alla distruzione dei chetoacidi nell'organismo sono i reni e i muscoli.

*
* *

Ma la funzione epatica generatrice dei chetoacidi sta, come tutte le altre numerose funzioni del fegato, sotto la regolazione del sistema neuroendocrino. Questo particolare è della massima importanza e deve esser tenuto presente se noi vorremo darci ragione di tutte le particolarità che mostra la chetogenesi nei vari tipi costituzionali e nelle varie endocrinopatie. Abbiamo visto che il fegato genera chetoacidi a spese di alcuni prodotti della disintegrazione delle proteine e dei grassi neutri. Ora è di evidenza palmare che faciliteranno la chetosi tutti quegli ormoni che stimolano il fegato a disintegrare attivamente le proteine e i grassi. Come pure viene di conseguenza che, se la chetosi si manifesta essenzialmente nei casi di carenza dei carboidrati, noi osserveremo questa alterazione del ricambio in tutte quelle situazioni neuroendocrine che determinano una carenza dei carboidrati e un impoverimento dei depositi glicogenici nei vari organi — principalmente nel fegato.

Sappiamo che gli ormoni della tiroide hanno sul fegato valide influenze sulle funzioni che riguardano il ricambio nel senso di accelerarlo.

È noto che la tiroxina stimola la glicogenolisi epatica; tanto vero, che la diminuzione del contenuto di glicogeno di un fegato di topo a cui sia stato iniettato del liquido in cui si sospetti la presenza dell'ormone tiroideo, è indice certo della presenza di questo ormone. Così pure sappiamo che gli ormoni tiroidei esercitano una forte influenza sulla disintegrazione dei grassi da parte del fegato. È noto a tutti la bassa lipemia e lo scarso contenuto di lipidi negli organi degli individui morti per morbo di Basedow, e nelle ipertiroidosi patologiche; d'altra parte sono note le alte lipemie e l'abbondanza di lipoidi negli organi di malati affetti da ipotiroidismo più o meno marcato; le ricerche di Bufano e di Capra in questa Clinica hanno dimostrato che le curve della lipemia dopo ingestione di colesterina in latte decorrono in senso contrario negli individui con fegato insufficiente e in quelli affetti da morbo di Basedow. È stato visto che mentre nei primi si ha un aumento persistente della colesterina libera e degli eteri colesterinici nel sangue, insieme a una diminuzione dei fosfatidi, nel morbo di Basedow si ha il fatto opposto. I suddetti AA. hanno spiegato questi comportamenti coll'ammettere che il fegato insufficiente scinde scarsamente gli eteri colesterinici, elimina attivamente la colesterina libera del sangue e nello stesso tempo non può esercitare un'attiva sintesi dei fosfatidi. Nei Basedowiani gli AA. ammettono che il fegato scinda attivamente gli eteri colesterinici, elimini attivamente la colesterina libera, ed eserciti un'attiva sintesi dei fosfatidi. Quest'ultimo particolare, caratteristico nei malati di morbo di Basedow, è l'indice più sicuro dell'attiva combustione dei grassi, in quanto che gli acidi grassi, desaturati e combinati sotto forma di fosfatidi, sono nelle condizioni più opportune per essere disintegrati.

Per quello che riguarda il ricambio proteico è stato visto da Bufano che nei Basedowiani e negli ipertiroidei esiste un'attività deaminante del fegato ben conservata, in qualcuno esaltata; e Alzona ha visto che l'attività deaminante del fegato in questi malati può essere depressa dalla radioterapia a forti dosi sulla tiroide. La deaminazione degli aminoacidi nel fegato è la premessa indispensabile per un'attiva chetogenesi proteica. Quindi in tutti gli stati di ipertiroidismo, il fegato si trova nelle migliori condizioni per esaltare la sua chetogenesi.

Per quello che riguarda l'influenza dell'ipofisi nella chetogenesi noi vediamo che essa si comporta su per giù come quella della tiroide e la differenza esistente pare la si possa limitare in questi termini: la tiroide eccita prevalentemente la chetogenesi proteica nel fegato, l'ipofisi eccita prevalentemente la chetogenesi lipidica. Ma che l'ipofisi possa in parte stimolare la chetogenesi proteica è risultato dalle recentissime ricerche di De Flora nella nostra Clinica, che hanno dimostrato che gli estratti della parte posteriore dell'ipofisi tendono a migliorarla e ad eccitarla.

Molto più vistosa è l'influenza dell'ipofisi sul ricambio dei grassi nel fegato: la maggior parte di queste ricerche la si deve a Raab. Egli ha visto innanzi tutto che gli estratti della porzione intermedia e posteriore dell'ipofisi fanno cadere la lipemia. Ciò è stato confermato da Blix e Ohlin. Ha visto ancora che gli estratti pituitarici sono attivi se iniettati sotto cute a dosi altissime; invece si può ottenere un effetto molto imponente se gli estratti si iniettano direttamente nei ventricoli cerebrali. Secondo questo A. ciò si spiega coll'ammettere che le sostanze ormoniche agiscono stimolando i centri simpatici e vegetativi del pavimento encefalico. Difatti gli estratti pituitarici sono privi di azione se si distrugge il tuber cinereum, o se si avvelena il sistema nervoso con l'acido acetilsalicilico, oppure se si seziona il midollo cervicale dal quinto al

sesto segmento, o se si tagliano gli splacnici, oppure se si avvelena l'ammalato con ergotammina, oppure se si intossica il fegato con fosforo. Tutti questi dati di fatto portano a concludere che gli ormoni del lobo anteriore e posteriore dell'ipofisi agiscono stimolando i centri simpatici della base del cervello e lo stimolo si trasmette per la via del midollo cervicale e quindi degli splacnici al fegato il quale fissa in un primo tempo i grassi neutri che circolano nel sangue facendo cadere la lipemia, e poi li catabolizza. Difatti Cooper e Chamberlain hanno visto che sotto l'azione della pituitrina, la funzione lipidica del fegato, prima aumenta, poi diminuisce. L'aumento dei lipidi epatici, dopo pituitrina è stato confermato da Oshima.

Sono recenti i lavori di Anselmino e Hoffmann i quali avrebbero estratto coll'acqua, da un pregresso estratto acetonico del lobo anteriore dell'ipofisi, un ormone che iniettato nei ratti fa aumentare i corpi chetonici nel sangue. Questo ormone sarebbe immesso in circolo dopo somministrazione di grasso e durante il digiuno. Molto probabilmente questo ormone isolato da Anselmino e Hoffmann agisce sul fegato e lo stimolerebbe a metabolizzare i grassi neutri più attivamente e le proteine, con la conseguenza di aumentare la chetosi. Recentemente nella Scuola di Houssay Rietti ha dimostrato che la chetosi nei cani spancreati o florizinati è molto inferiore a quella presente nei cani normali spancreati e florizinati.

In tal modo abbiamo visto come di tutto il sistema vegetativo, la tiroide e l'ipofisi in stretta relazione colla sezione simpatica del sistema nervoso vegetativo, abbiano la specifica influenza di stimolare e di rendere più intensa la funzione chetogena del fegato. Questa nozione deve essere tenuta nella massima considerazione per potere renderci conto delle variazioni individuali del comportamento della chetosi nei vari casi di diabete pancreatico.

***

Secondo la Scuola del Pende, il diabete è nella sua patogenesi dovuto in grandissima parte alla ipofunzione interna pancreatica. Ma già da moltissimi anni il Pende, perfettamente conscio degli ultimi progressi degli studi endocrinologici, che riconoscono essere le singole ghiandole a secrezione interna, nella loro funzione, intimamente interdipendenti, e regolare le due sezioni del sistema nervoso vegetativo ed essere alla loro volta regolate da queste, una certa parte delle manifestazioni cliniche nei singoli casi di diabete dipende non tanto dal pancreas quanto dalle alterazioni delle altre ghiandole a secrezione interna e del neurotono vegetativo causate dalla primitiva meiopragia pancreatica. Questa teoria della genesi plurighiandolare del diabete deve essere ormai accettata senza riserve, come quella che si basa su fatti sicuri e incontrovertibili, e che spiega le cause, altrimenti del tutto oscure, per cui il diabete pancreatico mostra un'infinita varietà di comportamento clinico e di acuzie del male.

In ogni singolo caso di diabete è dovere del medico colto sceverare tutto quello che è dovuto alla primitiva meiopragia pancreatica e tutto quello che è dovuto alle alterazioni secondarie delle altre ghiandole endocrine e del sistema nervoso vegetativo prodotte da correlazioni patologiche dalla primitiva meiopragia pancreatica. Spessissimo noi vedremo nei singoli casi di diabete insorgere fatti dovuti alla iperfunzione dell'ipofisi o della tiroide. La causa di questa iperfunzione sta nella venuta meno della funzione pancreatica. Il pancreas da una parte e l'ipofisi e la tiroide dall'altra sono delle ghiandole antagoniste. Basta pensare ai numerosi fatti sperimentali raccolti dalla Scuola di Houssais, in cui è stato visto che il diabete sperimentale da pancreasectomia è molto più leggiero e alcune volte può anche scomparire se lo si provoca in animali tiroidectomizzati o ipofisectomizzati. E l'azione antagonista degli ormoni dell'ipofisi e della tiroide a quella dell'insulina è documentata fra l'altro dalla maggiore sensibilità che mostrano all'insulina gli animali tiroidectomizzati o ipofisectomizzati.

Quindi per questi rapporti di antagonismo, particolare comportamento debbono presentare quei diabetici in cui per la meiopragia pancreatica si stabilisca o si accentui un aumento di funuzione dell'ipofisi o della tiroide.

Dopo tutto quello che abbiamo detto più sopra una delle caratteristiche che distingue i diabetici ipertiroidei o iperpituitarici è la spiccata tendenza alla chetosi e la marcata facilità con cui questa può raggiungere i più alti gradi.

Diamo qui alcuni casi che dimostrano in maniera evidente questi fatti.

Di questi il più classico è quello di una donna di 42 anni la quale entrò in Clinica in stato di precoma: sensorio molto depresso, alito intensissimamente acetonico, fortissimo deperimento della nutrizione, pelle secca e ruvida, mucose arrossate, pomelli e prolabi vivamente irrorati di sangue. Fu

impossibile un'accurata anamnesi per lo stato della paziente, che durante la degenza non fu nemmeno visitata dai parenti. La P. è venuta in Clinica senza che nei giorni precedenti si sia anche per poco alimentata; malgrado ciò aveva intensissima glicosuria e intensissima chetonuria, con presenza nell'urina dell'acido diacetico e dell'acido β-ossibutirrico. La glicemia era al disopra di mmgr. 400 %.

L'esame obbiettivo dell'ammalata non rivelò segni a carico di altri apparati o organi. Il collo non era particolarmente ingrossato, per cui non si poteva clinicamente parlare di ingrossamento della tiroide. Mancavano altri fatti attribuibili a iperfunzione tiroidea. L'ammalata fu immediatamente sottoposta ad energiche dosi di insulina, prima per la via sottocutanea, poi per la via venosa. Contemporaneamente furono eseguite ripetute ipodermoclisi glicosate e proctoclisi di bicarbonato. L'ammalata non accusò nessun miglioramento e dopo alcune ore dall'ingresso in Clinica entrò in coma e dopo 24 ore morì.

In questo caso noi abbiamo l'esempio tipico di una forma di diabete grave insulino-resistente in cui era anche molto spiccata la chetosi. L'autopsia eseguita dal Direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Genova, dimostrò una completa e uniforme atrofia pancreatica e un'ipertrofia marcata di tutta la tiroide, che non si rivelava all'esame clinico per essere la tiroide profondamente incavata nello spazio tracheo-esofageo. Alla superficie di sezione la tiroide si dimostrò particolarmente ricca di colloide. Altro particolare risultato dell'autopsia fu l'atrofia completa dell'ovaia con assenza di segni che parlassero di una recente maturazione follicolare.

In questo caso l'insulino-resistenza e la grave sindrome chetosica persistente fu certamente causata dall'iperfunzione tiroidea.

Un secondo caso riguarda un giovane di 23 anni il quale si presentò all'ambulatorio della Clinica con una grave forma di diabete scompensato, con forte chetosi e con forte deperimento nutritivo; tolleranza dei carboidrati negativa. La glicemia a digiuno oscillava sempre al di sopra dei 0,350 %. Il diabete era cominciato circa un anno e mezzo prima dell'ingresso, ed era durato sino a poco tempo prima di tale data senza segni di particolare gravità per cui il malato aveva potuto curarsi in famiglia. Si era aggravato improvvisamente in seguito a patema d'animo.

Fu istituita immediatamente una terapia insulino-dietetica iniziando il trattamento con forti dosi di insulina. La glicosuria che a digiuno di carboidrati si era mantenuta intorno ai 30-40 ‰ mostrò all'inizio della cura solo una debolissima tendenza a diminuire; la poliuria non si mitigò gran che; la forte chetonuria con presenza abbondante dei due chetoacidi restò invariata. Fu aumentata la dose di insulina: si arrivò a somministrare così fino a 100 unità cliniche giornaliere con un quantitativo mai superiore ai gr. 70 di carboidrati nella dieta. Non fu osservato nessun netto miglioramento. Sospettandosi una iperfunzione della tiroide per il fatto che il paziente pur non manifestando una tumefazione della regione anteriore del collo aveva tachicardia accentuata, mani calde e sudaticce, lievi tremori basedowoidi, leggero esoftalmo, fu praticata la ricerca del metabolismo di base e questo risultò intorno a + 30 %. Fu allora iniziata la irradiazione a forti dosi sulla regione tiroidea nel mentre che la quantità di insulina veniva ridotta da 100 unità cliniche a 70 unità cliniche per giorno. Immediatamente fu notata la diminuzione della glicosuria fino a traccie, la riduzione della poliuria, l'aumento del peso, la scomparsa dei suddetti sintomi basedowoidi, e, fatto più importante, la scomparsa completa della chetosi.

Il paziente dopo un periodo di irradiazioni sulla tiroide durato circa un mese fu curato colla sola insulina, e colla dieta, cura che ebbe allora tutta la sua efficacia, mantenendo il malato in buono stato di compenso del ricambio. Il paziente fu dimesso dalla Clinica e continua a domicilio con buon successo la cura da noi prescrittagli.

Questo caso è di una forza dimostrativa non comune in quanto ribadisce l'importanza del fattore ipertiroidismo nella genesi dell'insulino-resistenza e nel determinismo della chetosi accentuata; fatti questi che scomparvero in maniera completa e duratura dopo un periodo di radioterapia energica deprimente la funzione della tiroide.

Il terzo caso riguarda un uomo di 37 anni con un'anamnesi poco importante. Non luetico. Il diabete cominciò un paio d'anni prima che capitasse sotto la nostra osservazione. Si trattava di una forma di diabete di forte gravità, con tolleranza negativa pei carboidrati, con forte denutrizione, con alta glicosuria, con alito acetonico intenso, con chetonuria intensa, con marcata astenia. La glicemia oscillava sempre al di sopra di mmgr. 300 per cento. Iniziata un'energica terapia insulino-dietetica, fu subito notato che il risultato non corrispondeva alle forti dosi di insulina somministrate con un miglioramento corrispondente delle condizioni del ricambio; la glicosuria non si riduceva in tracce come si sarebbe a priori aspettato; la chetosi restava invariata, l'astenia si accentuava, e, fatto importante, si aveva solo una marcatissima diminuzione della diuresi con notevole aumento di peso dovuto verosimilmente a ritenzione acquosa per il fatto che il sottocutaneo e tutti in genere i tessuti divennero particolarmente succulenti. Credendo di poter rendere più efficace l'azione dell'insulina in questo malato con la somministrazione di una certa quantità di alcali, si prescrisse del fosfato trisodico per bocca. Un paio di giorni dopo il P. ritornò colpito in parecchi punti del corpo da edemi spiccati.

Erano particolarmente intenso l'edema alle caviglie, l'edema del pene che era trasformato come una grossa pera col picciuolo attaccato al pube e l'edema della regione lombare dove la normale lordosi era colmata da uno spessissimo strato edematoso. Si intervenne con energiche somministrazioni endovenose di cloruro di calcio: gli edemi si attenuarono, ma non scomparvero completamente.

Fu allora sospettato che nel P. dovesse esistere uno stato di iperpituitarismo posteriore che inibisse fortemente la diuresi, aiutato in ciò dall'insulina, e quindi favorente gli edemi, e d'altra parte rendesse frustranea l'azione dell'insulina nell'aumentare la tolleranza pei carboidrati e nell'abolire la forte chetosi. La radiografia del cranio, mostrò una sella turcica solo appena aumentata di volume, ma, come forma, perfettamente normale. Malgrado ciò si persistette nell'idea dell'iperpituitarismo e si iniziò subito la radioterapia della pituitaria.

Man mano scomparve la tendenza edemigena dell'insulina; questa fu così potuta somministrare a dosi generosissime; lo scompenso del ricambio a poco a poco si attenuò sino al punto che con modiche dosi di insulina e con modiche quantità di carboidrati il P. divenne completamente anacetonurico e la glicosuria si ridusse a tracce saltuarie. Il P., che immediatamente dopo l'inizio della radioterapia dell'ipofisi aveva perduto parecchi chili di peso per l'acqua che aveva eliminato, a poco a poco, aumentò ancora di peso e questa volta per accumulo di grasso. Dopo molti mesi di osservazione fu dimesso dalla Clinica in ottimo stato e continua con uguale efficacia la cura insulino-dietetica iniziata in Clinica.

Questi tre casi dimostrano nella maniera più evidente e più convincente come in accordo alla teoria plurighiandolare di Pende, nel diabete pancreatico, sono proprio le iperfunzioni dell'ipofisi e della pituitaria, sia di natura costituzionale sia di natura temperamentale, sia consecutive all'insorgere del diabete per venir meno della normale funzione pancreatica, a determinare nei malati questi due fatti importanti: l'insulino-resistenza e, quello che a me premeva illustrare in questo lavoro, e che forse non è altro che un fenomeno strettamente collegato al primo, la spiccata chetosi anch'essa difficilmente deprimibile da dosi anche forti di insulina, e che se si vuol rendere all'insulina la sua proprietà di ridare ai P. la tolleranza ai carboidrati, e di favorire la scomparsa della chetosi, bisogna procedere all'energica terapia depressiva di queste due ghiandole endocrine, o, quando siano sede di neoplasmi iperfunzionanti, all'asportazione chirurgica od alla distruzione radium-roentgenterapica.

RIASSUNTO.

La chetosi è da considerarsi come espressione della reazione del fegato di fronte alla carenza dei carboidrati per cui esso cerca di fabbricare da protidi e dai grassi il glicosio ed il glicogeno. Perciò la chetosi viene rafforzata da tutte quelle condizioni che determinano un'attiva funzionalità epatica come l'ipertiroidismo, l'iperpituitarismo, specialmente posteriore. L'A. riporta ad esempio tre casi in due dei quali soltanto in seguito alla irradiazione delle ghiandole incriminate (tiroide, ipofisi) è stato possibile annullare la chetonuria pur diminuendo la dose di insulina. Ciò è fra i tanti un altro dato in favore della patogenesi pluriglandolare del diabete mellito.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Policlinico G. B. Morgagni in Roma - II Reparto Chirurgia

Pseudo-diverticolo vescicale da incarceramento della vescica ad opera di due fibromi sottosierosi calcificati dell'utero.

Dott. UGO BANI.

I trattati classici e fra questi il più completo quello dell'Howard e Kelly e Thomas S. Cullen hanno da tempo precisato il ruolo della vescica nello sviluppo dei miomi uterini in tutte le loro varietà, e la patogenesi dei disturbi vescicali è oggi conosciuta sulla scorta di centinaia di casi, confortati nei recenti trattati da reperti cistoscopici e urologici completi. L'associazione dell'urologo al ginecologo ha in tali casi portato ottimi frutti permettendo non solo lo studio, ma anche la cura più appropriata di tutti i disturbi vescicali che insorgono dalla zona genitale.

***

Nella maggior parte dei casi di sviluppo di fibromi la vescica conserva la sua normale posizione, ciò nondimeno e non raramente essa viene stirata in alto verso l'addome. Tale spostamento dipende da due fattori principali: 1) La spinta in su che produce il mioma subvescicale. 2) La graduale ascenzione della vescica, dovuta all'aumento continuo dell'utero miomatoso;

1) Quando il mioma si sviluppa sul segmento inferiore dell'utero e si espande nello spazio subvescicale, la vescica è spinta in su in tutta la sua superficie. Similmente avviene quando un grosso utero si incarcera nella pelvi, così che la compressione è esercitata in tutte le direzioni e la vescica è spinta verso la grande cavità addominale.

In ambo i casi lo sviluppo del tumore altera la posizione e la forma della vescica, da ciò notevoli disturbi che vanno da fenomeni di semplice disuria fino all'assoluta impossibilità di urinare.

2) Quando il tumore si sviluppa e si accresce nella parte superiore dell'utero, la ve-

scica può conservare la sua posizione normale, ma se lo sviluppo del tumore è tanto grande che tutto l'utero non trovando posto nella pelvi, si sposta verso l'addome, anche la vescica viene trascinata con esso in alto alterando la sua forma oltre che la sua posizione.

Lo spostamento è poi reso ancor più facile se la vescica ha preso aderenze col viscere miomatoso, come spesso avviene per fenomeni di irritazione delle due superfici a contatto.

Malgrado che questo in alto sia lo spostamento più comune, talvolta la vescica può spostarsi in basso respintavi dallo sviluppo del mioma. Tale condizione si aveva in un caso di Kelly e Cullen in cui la vescica era spostata in vagina ed i massimi disturbi si riassumevano nella disuria e nella difficoltà della defecazione.

*
* *

A parte le aderenze della parete esterna, le condizioni anatomiche della vescica permangono normali anche negli spostamenti più accentuati.

Fra le migliaia di casi di miomi, accuratamente esaminati dagli autori succitati, solo in cinque casi fu notata ipertrofia delle pareti, comprendente tutte le tuniche, e solo in un caso formazione di un diverticolo, diverticolo però da trazione in quanto la vescica era doppiata da un nodulo miomatoso, ma aderente ad un altro ad esso superiore.

In moltissimi casi la sintomatologia è tutta a carico delle vie urinarie; l'ammalato giunge al medico solo per le turbe della minzione, che giungono fino alla ritenzione completa in caso di incarceramento. Ad ogni modo quando i più appariscenti siano i sintomi a carico del tumore, non manca mai una sintomatologia vescicale di maggiore o minore intensità.

*
* *

Il caso di mia osservazione è interessante sia dal punto di vista della sintomatologia, in quanto essa fu solo e sempre a carico della vescica, sia dal punto di vista dell'anatomia patologica in quanto la vescica era divisa in due tasche dalla pressione di due noduli fibromatosi a sviluppo subvescicale, calcificati e fissamente incuneati nella pelvi.

Caso Clinico. — F. Caterina, di anni 55, entra in Clinica il 2-5-1932 indirizzata da un collega della provincia, perchè l'esamini essendo affetta da oltre due anni da disturbi vescicali (la paziente parla di cistite) ribelli alle comuni cure. Nulla di importante nel gentilizio e nell'anamnesi remota. Si è sposata a 37 anni ed ha avuto un unico figlio vivente e sano, il marito è deceduto da un anno per favo del collo in soggetto diabetico.

Cinque anni or sono ebbe una colica renale destra che fu seguita da emissione di un piccolo calcolo e non si è più ripetuta.

Da due anni ha dolori alla minzione che si compie con difficoltà, le urine sono torbide e lasciano un deposito purulento e vengono emesse in due riprese. La paziente riferisce che dopo la prima parte di una minzione le rimane lo stimolo e che se in questo momento si preme con la mano l'addome al disopra del pube riesce ad emettere una notevole quantità di urina che però è più torbida della precedente.

Talvolta ottenne lo stesso effetto cambiando di posizione, ma non le è possibile ottenere lo svuotamento della vescica se urina sdraiata.

Ha piccole e saltuarie elevazioni di temperatura e talvolta lievi ematurie a tipo terminale. Ha

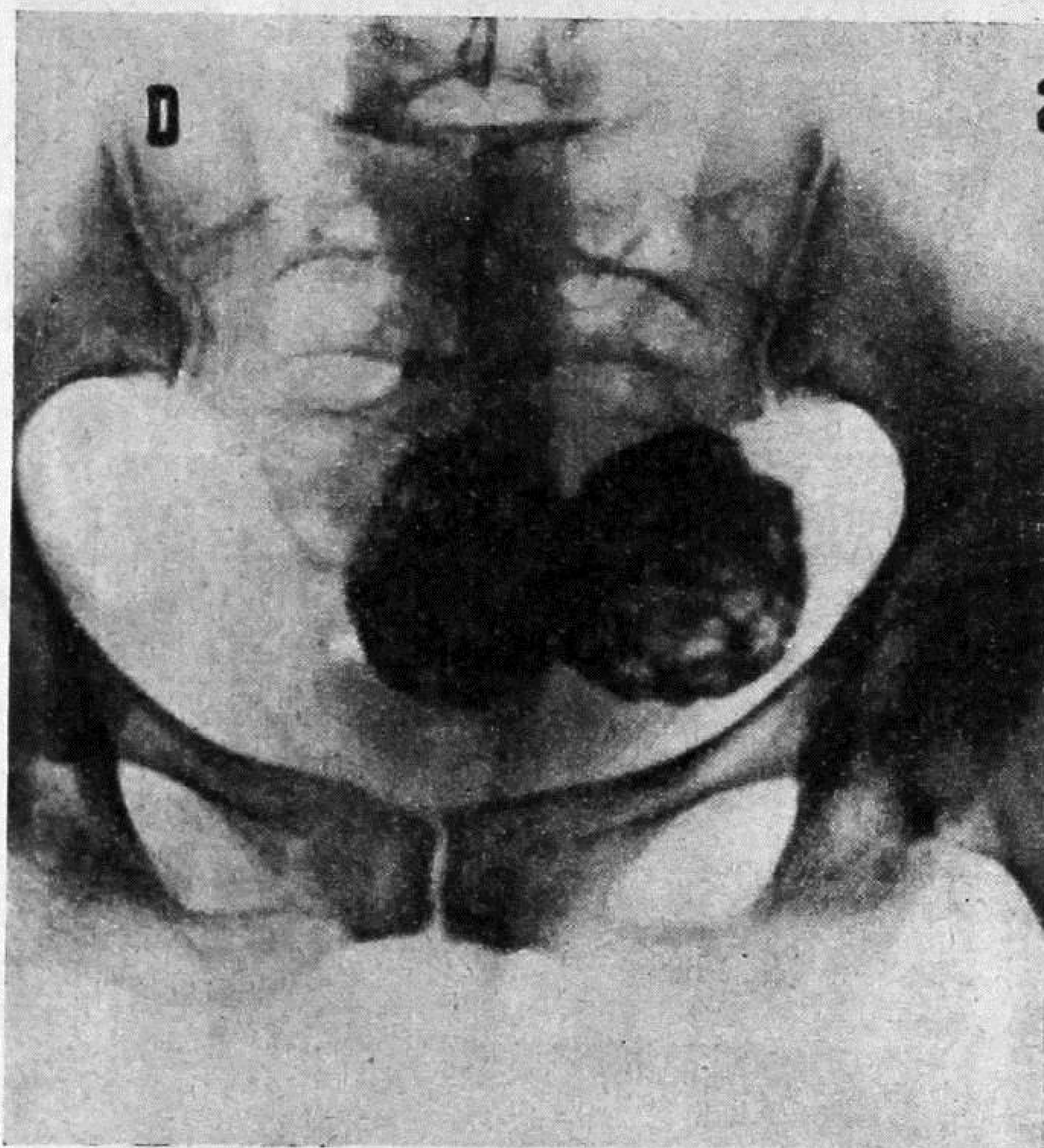


Fig. 1.

pollachiuria notturna, ed anche difficoltà alla defecazione ed un continuo senso di peso al perineo.

Obiettivamente nulla presenta dal punto di vista generale, pur essendo deperita e di aspetto notevolmente sofferente.

Nulla all'esame delle regioni renali: nella regione sopra pubica si palpa una massa dura rotondeggiante, non spostabile, che occupa la linea mediana, della grandezza di un mandarino e che sembra approfondirsi nel bacino.

L'esame bimanuale previa esplorazione vaginale, permette di rilevare due masse della grandezza di un mandarino di consistenza lapidea, in continuità con l'utero di cui il fondo non si riesce a palpare. L'utero è immobile, fisso, e per quanto si tenti non si riesce a mobilizzare nè il viscere nè le due masse suddescritte.

Questo fatto ci mette subito nel sospetto che debba trattarsi di due masse tumorari calcificate della zona genitale, e che i disturbi vescicali debbano essere imputati a ciò.

L'esame cistoscopico infatti permette di osservare una vescica notevolmente deformata, for-

mante due ampie tasche una anteriore ed una posteriore, comunicanti per un tratto appiattito in cui è possibile spingere il cistoscopio.

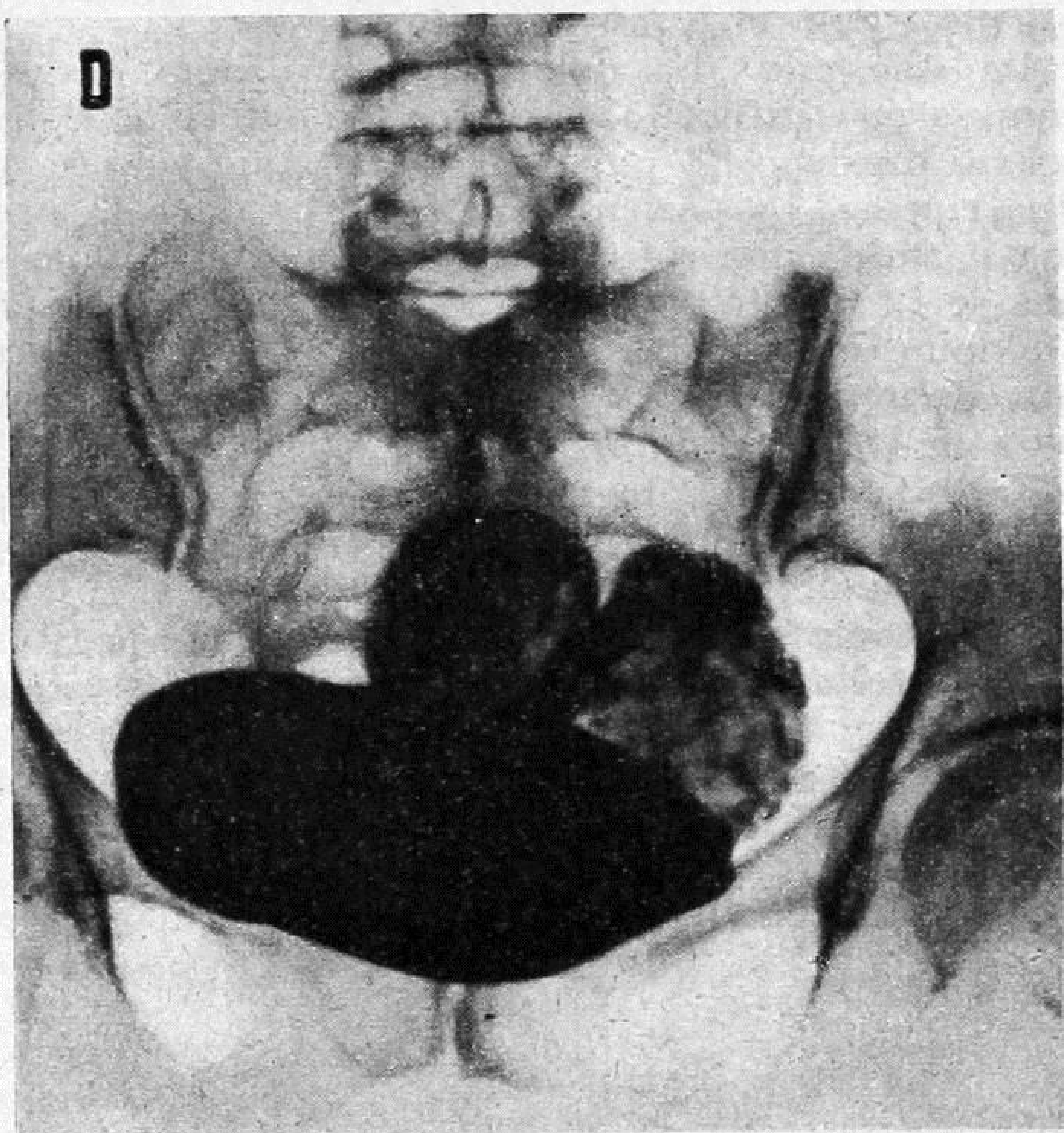


FIG. 2.

La mucosa vescicale in tale punto è arrossata edematosa con chiazze emorragiche; nel fondo della



FIG. 3.

tasca posteriore si notano flocculi natanti di muco pus. Nulla di notevole negli sbocchi ureterali.

Si esegue un esame radioscopico prima semplice, poi previa introduzione in vescica di un liquido opaco, i cui risultati possono vedersi nelle annesse figure.

Stabilita la diagnosi si provvede con l'atto operativo; in narcosi eterea, con laparotomia mediana sottombellicale si esplora la sfera genitale.

Si osserva allora che i due tumori sono due grossi noduli fibromatosi calcificati, sviluppatisi nello spazio sub-vescicale dalla superficie anteriore del corpo dell'utero ed incarcerati nel piccolo bacino. Il loro disimpegno è un po' difficile e la parete vescicale deve essere pazientemente scolpita per distaccarla dalle aderenze prese dai tumori.

La parete vescicale, che in toto sembra ipertrofizzata, nel punto di maggiore contatto con il tumore è talmente assottigliata che si rischia ad ogni momento di aprirla.

Si esegue la isterectomia sub-totale e si cerca, ricostruendo la parete addominale di ancorare in alto l'apice vescicale. Per prudenza si pone un catetere in vescica per due giorni.

Il decorso post-operativo è normale e al 14° giorno la paziente lascia la clinica.

A sei mesi di distanza la malattia torna per una visita di controllo e constato con piacere che ogni disturbo è cessato.

Il caso clinico descritto, pur non avendo carattere di eccezionalità, a me sembra interessante per alcuni suoi dati caratteristici. Innanzi tutto è notevole il fatto che a malgrado dello sviluppo dei due miomi e della loro calcificazione ed incuneamento nel piccolo bacino, nessun disturbo si è notato dalla malata a carico della sfera genitale.

È stata la sintomatologia vescicale che ha richiamato fin dall'inizio l'attenzione della paziente ed indirizzato le cure dei medici cui si è rivolta. È inoltre importante la sintomatologia tipo diverticolo, che si è sempre più andata accentuando, a malgrado dell'ampia comunicazione fra le due porzioni della vescica ed il fatto della completa guarigione da ogni disturbo dopo l'asportazione dei tumori a malgrado delle alterazioni da essi prodotte per il contatto con le pareti vescicali.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un caso di incarceramento della vescica da fibromi calcificati con sintomatologia come per un diverticolo vescicale ed assenza di ogni sintomo a carico della sfera genitale.

Ritenzioni del rene destro simulanti flogosi della appendice e della cistifellea (*).

Prof. G. NISIO,
lib. docente di Clin. urologica, Bari.

È noto come non è facile orientarsi verso l'organo malato durante la fase acuta di una sindrome addominale destra (S. A. D.). Tosto

(*) Comunicazione svolta all'Accademia Pugliese di Scienze nella seduta del 18 febbraio 1932.

però che l'episodio colico è in via di risoluzione o addirittura è superato, l'indagine diviene agevole, l'organo responsabile più accessibile. Riesce così, anche se in un primo momento si è rimasti in forse o proprio al buio, di poter poi bene inquadrare la fenomenologia osservata verso una flogosi dell'appendice, della cistifellea, verso un'alterazione del rene destro; per non chiamare in causa che i visceri più frequentemente colpiti e più facilmente responsabili delle sindromi dolorose dell'addome destro (S. A. D.).

L'attacco appendicolare ha normalmente un quadro ben definito; la colecistite pure ha manifestazioni proprie, ha caratteri particolari, da cui di solito è esattamente rappresentata. La colica nefritica, a sua volta, ha una fenomenologia propria e caratteristica.

Il dolore, sopratutto, sia esso dolore di sede, sia dolore irradiato, è, fra i sintomi propri, quello che più facilmente identifica l'organo affetto.

Ma oltre ai sintomi propri, le alterazioni dei visceri in questione (appendice, cistifellea e rene destro) hanno anche caratteri comuni: riflessi gastrici, intestinali, peritoneali in genere.

Esistendo dunque caratteri propri e comuni, se per poco i primi non sono bene netti, e magari marcati, più che il dubbio diagnostico, nasce, facilmente e fatalmente, la confusione diagnostica. Si può così confondere e scambiare una flogosi dell'appendice per una della cistifellea, o viceversa; una flogosi dell'appendice o della cistifellea con un'alterazione del rene destro e viceversa.

Quando, nella esecuzione di una pielografia destra allo scopo di esaminare radiologicamente il rene destro, noi si va un po' al di là della capacità fisiologica del bacinetto, si pratica cioè una distensione più che un riempimento della pelvi renale destra, noi si provoca immediatamente una sindrome dolorosa che se non fossimo più che sicuri di averla provocata distendendo la pelvi renale potremmo variamente interpretarla.

Quando infatti eseguiamo un eccessivo riempimento, quando, come ho già detto, distendiamo il bacinetto renale destro, noi si provoca un dolore vivo, talvolta vivissimo, a sede tutt'altro che costante, evolvendo ora nell'ipocondrio, ora nel fianco, ora nella fossa iliaca, ora nella zona epigastrica, ora nella sottostante mesogastrica; dolore violento, tensivo, colicosimile, sovente, anzi spesso, senza irradiazioni lungo il tragitto dell'uretere o il decorso dell'addomino genitale; dolore infine accompagnato da riflessi peritoneali, gastrici sopratutto: nausea, conati, vomito addirittura. Una sindrome dolorosa quindi, che se non fosse l'effetto di una causa da noi provocata sul rene destro, potrebbe bene sembrare originare da una flogosi della cistifellea, meglio dell'appendice.

Voglio cioè dire che le distensioni del rene destro, precisamente le *uronefrosi*, e particolarmente le *piccole*, sono alterazioni che facilmente simulano la colecistite, più spesso l'appendicite, e sono perciò alterazioni che, se non ben conosciute, possono indurre in interventi inutili, erronei, a volte fatali. Più di qualunque considerazione valgano gli esempi.

CASO I. — B. Amelia, da Trani, di a. 26.

Sin dalla prima giovinezza ha accusato dolori nel fianco e nella fossa iliaca di destra.

Al 7° mese di gravidanza (la 1ª) dolore gravativo fisso nel fianco destro, spesso nell'ipocondrio dello stesso lato, dolore mai irradiato, sovente esacerbantesi sino al acquistare il tipo colico.

Mai febbre. Interpretato prima come un disturbo di natura colecistica fu prescritta una dieta opportuna.



FIG. 1.

Esitata a termine e felicemente la gravidanza, appena l'inferma abbandonò il letto fu colta da colica violenta con sede di predilezione del dolore nella regione del fianco destro, senza irradiazioni, ma accompagnato da vomito.

Un nuovo sanitario si orientò verso l'appendice e per tale infezione l'inferma fu curata. Durante l'intero periodo dell'allattamento gli attacchi colici sovente si ripeterono, rivestendo a volte tale

intensità e tale gravità da far decidere l'inferma all'atto operativo.

Un anno fa, infatti, l'inferma fu appendicectomizzata. Il suo medico curante, presente all'intervento, rimase sorpreso dell'aspetto sano dell'appendice.

L'intervento non modificò per niente i disturbi, chè gli attacchi colici si rinnovarono con eguale frequenza e forse con maggiore gravità.

La pielografia infatti (fig. 1) dimostra come la S. A. D. dipendeva esattamente dalla piccola idronefrosi del rene destro. Il radiogramma, invero, ci mostra un bacinetto ampollare ad *angolo acuto* con l'uretere; sensibilmente ectasici i calici superiori.

Piccola idronefrosi in (verosimilmente: da) rene mobile.

L'esecuzione della pielografia provocò la caratteristica sindrome dolorosa da cui l'inferma era abitualmente colpita.

La *pessia con decapsulazione* del rene ha messo fine alle sofferenze. Sono infatti trascorsi due anni dall'intervento e l'inferma vive in pieno benessere.

CASO II. — L. Eugenio, da Bari, muratore.

Questo infermo da ragazzo è sempre stato sofferente di un dolore gravativo nella fossa iliaca destra. È vissuto a regime di purganti, in quanto il dolore era ritenuto proveniente da ristagno cecale. Nella prima giovinezza recatosi al lavoro di muratore, il dolore assunse carattere colico. Fu quindi curato per appendicite e infine operato di *appendicectomia.*

Nessun giovamento. Il dolore, con gli stessi caratteri di prima, quasi sempre gravativo, sovente colico, continuò imperturbato ad affiggere il p.

L'esame urologico (fig. 2) ci fa vedere come il rene destro, in ectopia congenita iliaca, è sede di una piccola idronefrosi, unica responsabile della S. A. D. che fu invero perfettamente riprodotta dall'esecuzione della pielografia.



FIG. 2.

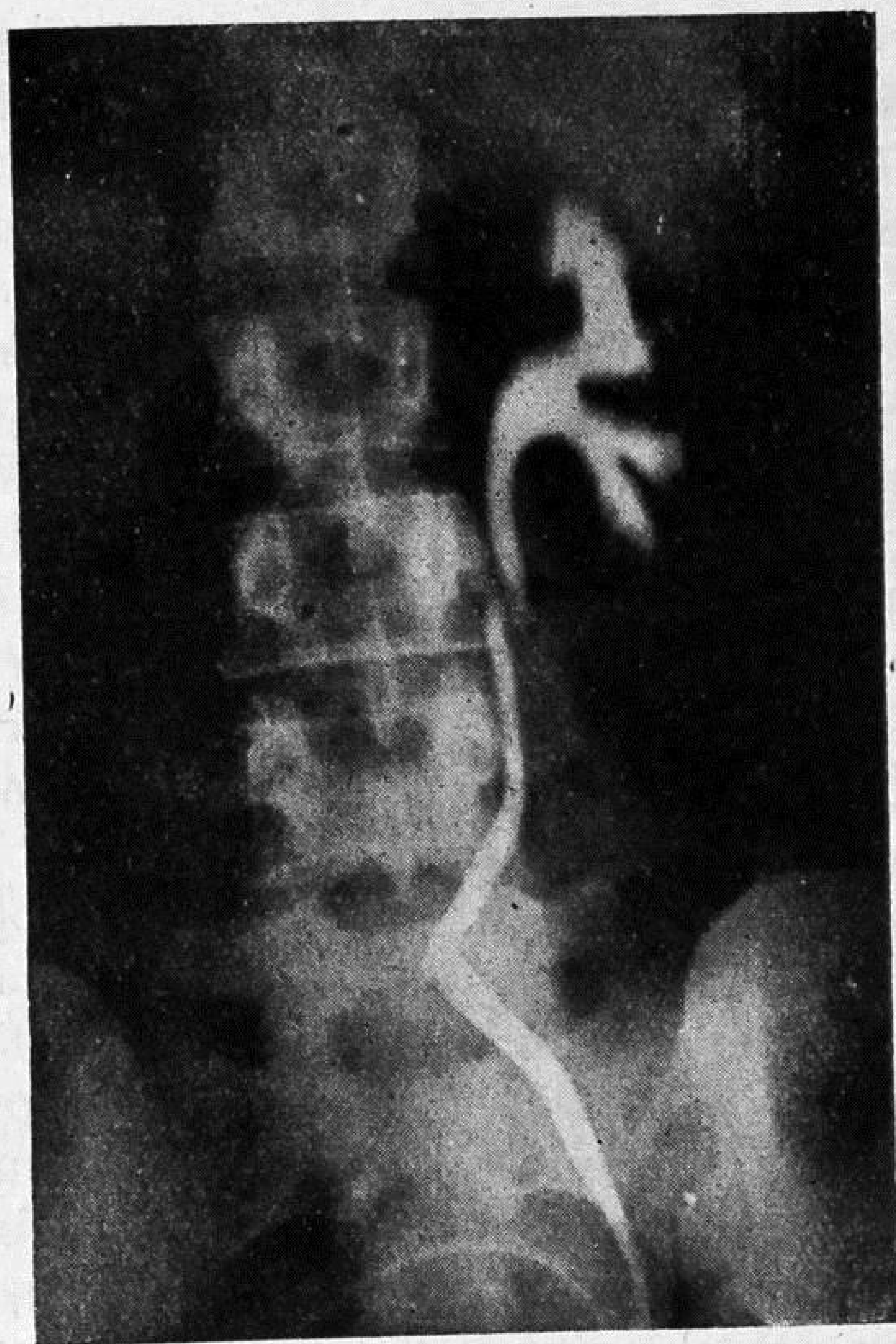


FIG. 3.

CASO III. — M. I., da Taranto, di a. 23.

Storia antica di dolori dell'addome destro a sede e intensità incostante.

Fu curata per qualche tempo per appendicite senza mai migliorare, finchè si decise all'intervento. Fu *appendicectomizzata.* Ma i disturbi non si modificarono, le coliche si rinnovarono. Un consulente dichiarò trattarsi di colecistite. Incalzando la sindrome dolorosa l'inferma fu sottoposta ad un nuovo e più grave intervento: *la colecistectomia.* Risulta che la cistifellea asportata non conteneva calcoli. Nessun miglioramento. I disturbi ripresero il loro corso abituale, anzi le coliche si rinnovarono con frequenza più accentuata. La S. A. D. riprese ripetutamente ad assalire l'inferma. A questo momento qualche sanitario parlò anche di isterismo.

Fu in uno dei soliti attacchi colici che un sintoma vescicale: la pollachiuria, richiamò l'attenzione dell'ammalata e dei famigliari sull'apparato urinario e precisamente sul rene destro.

Un esame microscopico dell'urina del giorno seguente alla colica rivelò una ematuria microscopica.

Così ebbi occasione di visitare la malata.

Obbiettivamente si palpava il polo superiore (!) del rene destro, che, peraltro, era dolente. Particolarmente dolente il punto pieloureterale di Bazy.

L'esame cistoscopico non rivelò alcunchè di patologico.

Cateterismo ureterale bilaterale: A sinistra il catetere raggiunge il bacinetto agevolmente. L'urina vi defluisce col solito ritmo intermittente, normale.

A destra invece il catetere viene fermato da un primo ostacolo che però si riesce a vincere; ma ancora più su si incontra un secondo ostacolo che non si vince nonostante una instillazione di olio

gomenolato, e nonostante la sostituzione del catetere con un cateterino sottilissimo.

Pielografia: 9 cmc. di ioduro di litio Erba provocano una colica violenta, la colica solita, con dolore all'ipocondrio prevalentemente, senza irradiazioni lungo l'uretere, accompagnata da conati poi da vomito ripetuto.

L'esame radiografico immediatamente eseguito, ci fa vedere un interessante reperto che spiega chiaramente la S. A. D. della p.

Il bacinetto è di volume normale, forse anche più piccolo del normale, i calici invece sono ectasici. Ma più che dilatati sono deformati, hanno cioè perduto la forma da cui essi traggono il loro nome. Si ha l'impressione di un riempimento forzato, mentre si è avuto cura di sospendere l'iniezione tosto che la p. ha dato avvertimento di una sensazione lieve di tensione. Epperò, appena cessata la assunzione radiografica, esplode la colica con l'intensità degli attacchi soliti e dei più violenti.

L'interesse dell'esame radiografico sta invero nell'osservazione dell'uretere. Si nota infatti a carico di questo un *gomito* all'altezza della 5ª vertebra lombare, gomito che ostacolava la progressione del catetere. Ma sopratutto si nota un'interruzione netta nel segmento lombare, dove l'uretere è francamente interrotto, spezzato. Si tratta verosimilmente di un *vaso anomalo* a sede non frequente, perchè i vasi anomali, come vedesi nel 5° caso clinico, interrompono abitualmente la continuità dell'uretere nella sua porzione pielo-ureterale.

Il vaso anomalo di questo caso clinico, agendo in linea meccanica o come spina irritativa, provocava una ritenzione intermittente, una uronefrosi intermittente che aveva condotto ad errori diagnostici ripetuti e, peggio ancora, a due interventi inutili e dannosi; per cui l'inferma che ha perduto ogni fiducia nella medicina e sopratutto nella chirurgia, continua già da un anno a rifiutare l'intervento sull'uretere e sul rene, nonostante che la S. A. D. si affacci con marcata frequenza e non comune intensità.

CASO IV. — Sig.ra S. R. D., da Bari.

Dall'infanzia, dichiara l'inferma, ha sempre sofferto; ha accusato dolori nel basso ventre, indipendentemente dalla digestione e insorgenti senza causa apprezzabile, anche a letto, di notte.

Cominciò il periodo delle coliche nella pubertà. Fu curata per appendicite. Fu infine *appendicectomizzata*. L'inferma ebbe la dolorosa sorpresa di essere colta da uno dei soliti attacchi colici stando a letto in decorso postoperatorio, e di comprendere che l'operazione era stata inutile.

I disturbi infatti permasero immutati. Col tempo le coliche, che prima decorrevano in completa apiressia furono accompagnate da febbre. Così apparve anche un manifesto intorbidamento delle urine, che risultarono purulenti.

Un esame radiografico risultò negativo per ombre di calcoli.

Venuta alla mia osservazione l'ammalata fu sottoposta ai comuni esami endoscopici.

Cistoscopia: Buona capacità vescicale. Iniezione lieve del collo; edema evidente e congestione della papilla ureterale destra. Il meato sinistro normale per colorito, sede e forma.

Cateterismo ureterale bilaterale.

A sinistra il catetere raggiunge agevolmente il bacinetto.

A destra invece viene arrestato a poco più di una diecina di cm. dal meato. Ma, nonostante il corto tragitto compiuto, si assiste ad una eiaculazione serrata che permette di raccogliere una trentina di cmc. di urina pallida, francamente purulenta. Se il catetere avesse compiuto interamente il percorso dell'uretere la diagnosi era fatta di fronte alla quantità d'urina raccolta; si sarebbe cioè stati sicuri di avere evacuato una ritenzione renale. Ma il catetere aveva percorso poco più di 10 cm. della lunghezza dell'uretere, sicchè non era a dire di avere evacuato un ristagno renale. S'imponeva quindi l'esame pielografico.



FIG. 4.

Pielografia: Si cateterizzano entrambi gli ureteri e si ripete quanto si era già verificato col precedente cateterismo. A sinistra il catetere procede agevolmente per tutta la lunghezza del tragitto ureterale, a destra invece si arresta a poco più di 10 cmc. dalla papilla.

Si inietta ioduro di litio Erba.

A sinistra a 6 cmc. la paziente accusa la solita dolenzia del fianco che mi fa sospendere l'iniezione. A destra invece a riempire il bacinetto occorrono 30 cmc. di liquido di contrasto.

La radiografia immediatamente eseguita ci mostra: a sinistra un bacinetto non completamente riempito, ma evidentemente normale per sede e dimensioni; a destra la loggia lombare è vuota; ma a ridosso del sacro si nota l'ombra di un bacinetto irregolare e voluminoso: *uropionefrosi in rene ectopico congenito.*

CASO V. — Sig.ra M., da Andria, di anni 35, levatrice.

Da molti anni sofferente di dolori nell'addome destro, sovente a tipo colico.

Sede del dolore: il fianco, più spesso l'ipocon-

drio. Mai febbre, anche quando la S. A. D. è durata un paio di giorni. La fatica, lo strapazzo non hanno rapporti col dolore, il quale è insorto anche nottetempo, in riposo e durante il sonno.

Da qualche tempo le coliche rivestono particolare intensità.

È stata curata per colecistite senza calcolo, in quanto ripetuti esami radiografici sono risultati negativi per ombre di calcoli. Qualche sanitario ha emesso l'ipotesi che potesse essere il rene responsabile della S. A. D., tanto più che in qualche colica, qualche disturbo urinario, pur non marcato, è apparso (pollachiuria).



Fig. 5.

Lo studio della p. rivela un rene destro nettamente ptosico. E l'esame pielografico spiega chiaramente la sindrome.

La radiografia infatti ci mostra il bacinetto e i calici modicamente ectasici, ci mostra cioè come il rene destro è sede di una piccola uronefrosi, di cui è responsabile un *vaso anomalo* che interrompe la continuità dell'uretere nella sede caratteristica di questa anomalia: il punto pielo-ureterale.

Caso VI. — Sig.ra A. G., da Ortanova (Foggia), di a. 54.

Ha avuto molte gravidanze esitate a termine. Nelle ultime gravidanze soffrì di dolori all'addome destro: periombelicale, dell'ipocondrio, più spesso della fossa iliaca, a tipo sovente colicosimile.

Fu curata per appendicite cronica. Qualche sanitario dubitò della sede appendicolare e si orientò verso la colecisti anche perchè, come la p. stessa asserisce, il dolore sovente partiva dall'ipocondrio, si manteneva alto, irradiandosi posteriormente al costato.

Subbiettivamente, nessun disturbo gastro-intestinale, nè di circolo. La digestione si compie normalmente, l'alvo è regolare.

Obbiettivamente: nel fianco destro, in basso, in corrispondenza della zona appendicolare, si palpa una massa ovoide irregolarmente liscia, dolente alla palpazione profonda, che si sposta modicamente negli atti del respiro, che verosimilmente è il rene destro; rene sofferente quindi.

Al *cateterismo ureterale destro* non si apprezza ritenzione renale; l'eiaculazione è tarda, l'urina molto concentrata e ricca di sali.

La *pielografia* ci mostra un tipico bacinetto a *T*, corto nell'asse verticale, forse da difetto di proiezione (può darsi che il rene sia inclinato in dietro, sia in retroversione per aderenze pregresse).

Ben manifesta è la posizione a *T* del bacinetto rispetto all'uretere, ciò che costituisce notoriamente una condizione favorevolissima alla ritenzione accidentale, intermittente.



Fig. 6.

Trattasi dunque di una S. A. D. da *ritenzione funzionale* del rene destro.

Ecco dunque sei casi bene accertati di S. A. D. in cui la cistifellea, più spesso l'appendice, sono state erroneamente chiamate in causa e per cui sono stati eseguiti interventi inutili e, a volte, dannosi: appendicectomia, colecistectomia.

Da tempo, anche prima dell'era radiologica, erano noti i rapporti, i nessi intimi esistenti tra appendice e rene destro, o, meglio, tra ceco e rene destro. La pielite destra per corto tragitto, cioè per la corrente linfatica ceco-renale, è la migliore documentazione dell'asserto.

Tenendo almeno presenti questi intimi nessi di contiguità non si può non pensare che il rene destro possa essere responsabile di sindromi dolorose dell'addome destro, anche se

il dolore non ha la sede abituale del dolore renale; anche se non è accompagnato dalle irradiazioni note e caratteristiche della colica nefritica, ma sopratutto se la sindrome dolorosa insorge ed evolve *in apiressia completa o quasi completa*. Perchè è ormai noto, lo si vede dai radiogrammi, e giova sempre ripetere che le uronefrosi, specie le piccole, possono decorrere con dolori di varia intensità, frequentemente colicosimili, e in sede atipica, senza irradiazioni, ma specialmente senza oscillazioni febbrili.

Di conseguenza meno infrequentemente, ma più opportunamente, si eseguirebbero pessie del rene destro, in luogo di colecistectomie e appendicectomie inutili o addirittura dannose. E meno infrequentemente si scovrirebbe l'uretere destro per liberarlo di briglie, di gomiti fissi, di inginocchiamenti marcati, di vasi anomali, responsabili, meccanicamente o dinamicamente, di ritenzioni renali croniche o funzionali, di grandi e piccole uronefrosi.

La *diagnosi* di una uronefrosi si fa in vari modi. Capita sovente di riconoscerla già in ambulatorio, col semplice cateterismo ureterale. Il catetere, introdotto nel bacinetto, vi trova il ristagno e lo evacua. Assistiamo quindi ad una eiaculazione continua e accelerata, per cui in breve si raccoglie una cospicua quantità di urina, normalmente assai pallida, espressione della ritenzione.

Ma spesso la uronefrosi c'è e il cateterismo ureterale non ce la svela. Ciò accade perchè: o il catetere non raggiunge il bacinetto ostacolato da una stenosi, da un gomito, un inginocchiamento dell'uretere; ovvero perchè il catetere essendo a lume sottile, una volta raggiunta la pelvi, dà esito ad un gocciolio d'urina tanto lento che non ci permette di poter bene discernere quando finisce la evacuazione e quando comincia la normale eiaculazione.

La diagnosi esatta di una uronefrosi si fa con l'esame pielografico. È la *pielografia* che ci fa vedere le modificazioni di forma e di volume del bacinetto e dei calici, l'orientamento, la posizione, la situazione del rene.

Ma questo è giusto per le ritenzioni croniche, non già per quelle funzionali.

Nelle piccole idronefrosi, infatti, che sono quelle che più facilmente simulano le flogosi di altri organi, nascondendosi completamente ai comuni esami clinici, anche la pielografia risulta insufficiente.

Come è evidente nei radiogrammi delle figure 1ª, 2ª, 3ª, 5ª, il bacinetto renale, all'esame pielografico, ha volume poco superiore alla norma, e nella terza figura è, forse, meno ampio di un bacinetto normale. La ritenzione, in una parola, è funzionale, accidentale, di natura quasi sempre spastica, e insorge senza causa apprezzabile. La causa dello spasmo risiede o nel rene (mobilità), o nel bacinetto stesso (disordini nervosi) o nell'uretere (vaso anomalo, gomito, briglia, aderenza).

La ritenzione, dunque, è accidentale, è funzionale; insorge tosto che una delle cause entri in funzione. Epperò, cessata di agire la causa, cessa naturalmente l'effetto. E tutto rientra nella norma; ovvero residuano alterazioni così modiche che, pur risultando evidenti all'esame pielografico, ci permettono la presunzione non già la certezza diagnostica.

Le piccole idronefrosi, come già s'è detto, sono dunque d'ordine generalmente dinamico, legate cioè ad un disordine del funzionamento dell'apparecchio pielomotore. Non è quindi dall'immagine di un momento (pielografia), e neppure da diverse immagini prese successivamente (pielografia in serie) che ci riesce possibile rilevare le alterazioni del dinamismo pielo-ureterale, ma è precisamente dall'osservazione diretta della motricità pielica, cioè dalla *pieloscopia*, che noi apprendiamo esattamente il modo e il tempo di svuotamento di questo apparecchio pielo-ureterale.

È esattamente ciò che si verifica per lo stomaco. Una radiografia ci mostra uno stomaco dilatato o retratto, deformato, ptosico, ma non ci dice se queste deformazioni sono passeggere o permanenti; in altri termini essa non ci mostra nè i movimenti dello stomaco, nè gli spasmi, nè la ritenzione. La radioscopia, al contrario, ci fa vedere lo stomaco vivente, che si riempie, che modifica di secondo in secondo la sua forma e i suoi contorni, che si contrae, che si evacua.

La *pieloscopia*, a differenza della pielografia, è metodo poco usato; eppure è l'unico procedimento che ci dà l'esatta visione del cattivo funzionamento del bacinetto e delle vie di escrezione del rene. È il procedimento che, meglio di qualunque altra ricerca, ci svela le piccole idronefrosi, mostrandoci l'ipertonia, l'ipotonia, l'atonia del bacinetto e del suo corrispondente uretere.

Pielografia e *pieloscopia* non sono però due metodi in opposizione, ma sono bensì metodi che si completano a vicenda, che si integrano.

Tenendo dunque presente che le ritenzioni del rene destro, siano esse croniche che funzionali, possono evolvere con una sintomatologia simile o pressochè simile a quella di una

appendicite o di una colecistite e simulare quindi una di queste flogosi, noi vedremmo sicuramente e subito diminuito il numero delle cosiddette « false appendiciti », e sopratutto vedremmo diminuito il numero dei risultati chirurgici negativi, che, in materia di appendicectomia, ha raggiunto un tale crescendo da spingere molti interventisti, e fra questi uno dei più ardenti fautori, il Dieulafoy ad « *alzare alta la voce contro l'invadente appendicite* ».

RIASSUNTO.

L'A. dimostra, sulla base di casi clinici con documentazioni pielografiche, come le ritenzioni del rene destro, le *uronefrosi*, le *piccole* specialmente, possono evolvere con una sintomatologia simile o pressochè simile a quella di una appendicite o di una colecistite, simulare quindi una di queste flogosi e indurre in interventi inutili, pericolosi e dannosi sull'appendice e sulla cistifellea.

Conclude che per la diagnosi delle ritenzioni renali croniche, cioè delle grandi uronefrosi, è sufficiente a volte il solo cateterismo ureterale, ma più sicuro esame, anche perchè eminentemente dimostrativo, è la *pielografia*.

Per le ritenzioni renali funzionale, cioè le piccole uronefrosi, la *pieloscopia*, invece, rappresenta il metodo di elezione, il metodo che, integrando specialmente l'esame pielografico, dà l'esatta visione del cattivo funzionamento delle vie di escrezione del rene.

Considerazioni su di un caso di tubercolosi renale iniziale senza deficienza funzionale.

Dott. C. MALTESE LE ROY,
chirurgo urologo, Padova.

Non è raro il caso in cui intervenendo con diagnosi di tubercolosi renale, praticata la lombotomia ed esteriorizzato il rene, l'esame più attento e minuzioso dell'organo non rivela la minima lesione; nessuna granulazione miliare sotto la capsula, l'uretere ed il bacinetto appaiono del tutto normali. Ho visto urologi di gran valore restare perplessi di fronte a tale situazione oltremodo angiosciosa. Come comportarsi in tali casi?

La nefrotomia esplorativa a cui ricorrono alcuni è da sconsigliare perchè inutile e pericolosa. Infatti oltre a costituire un intervento grave a causa delle emorragie secondarie, essa può non interessare lesioni del parenchima anche avanzate, che sono messe in evidenza soltanto da sezioni perpendicolari multiple. Se ci si limita alla lombotomia in attesa che l'evoluzione ulteriore della malattia chiarisca la diagnosi, si corre il rischio di lasciare un rene affetto da lesioni anche di una certa entità, con la prospettiva di un secondo intervento in peggiori condizioni.

È nota infatti l'utilità di asportare un rene tubercoloso il più precocemente possibile.

Gli esami praticati anteriormente ci forniscono tutti gli elementi necessari da non esservi alcun dubbio sulla diagnosi (ulcerazioni tipiche in vicinanza dell'orificio ureterale, presenza di pus e di bacilli di Koch, nelle urine di un rene funzionalmente molto deficiente) se non esiste ectopia renale crociata e se non vi è stato errore di lato, si ha il diritto di asportare il rene a colpo sicuro ed al taglio se ne constateranno con un'evidente soddisfazione le lesioni iniziali.

Ma talvolta qualcuno degli elementi diagnostici manca, in tali casi pure essendo convinti dal complesso degli esami che esiste una lesione renale, il dubbio di aver commesso un errore diagnostico e di asportare un rene sano ci fa passare dei momenti di ansia indescrivibili.

Essendomi trovato in una situazione simile in un caso in cui il rene era affetto da lesioni tubercolari minime, credo utile di segnalarlo all'attenzione dei Colleghi.

Il caso presenta anche un certo interesse dal punto di vista diagnostico non esistendo deficienza funzionale del rene colpito.

OSSERVAZIONE. — P. Amabile, di anni 25, casalinga, da S. Pietro Montagnon (Padova). Mi viene indirizzata il 4 novembre 1931 dal suo medico curante dott. Bonetti, per sintomi di cistite.

Nessun antecedente nè personale, nè ereditario, nè collaterale. Sposata all'età di 18 anni ha avuto due gravidanze a termine, normali.

Nel dicembre 1928 ematuria abbondante, spontanea, totale, a dire della paziente senza coaguli, accompagnata da lieve dolore sordo e continuo al fianco sinistro, cessata spontaneamente otto giorni dopo. Nel febbraio 1930 seconda ematuria con gli stessi caratteri della prima, durata un giorno. Da circa un mese pollachiuria notturna (2-3 volte la notte), con bruciore alla fine. I soliti rimedi (urotropina, ecc.) si sono mostrati inefficaci.

La paziente asserisce che le urine sono state sempre chiare.

Stato attuale: Magrezza accentuata. Colorito pallido. Temperatura normale. Nulla a carico dell'apparato respiratorio.

Urine: leggermente torbide e pallide.

Reni: non palpabili. Punto paraombellicale sinistro dolente alla pressione. Genitali normali.

Cistoscopia: vescica in buona capacità (200 cmc.).

Regione del trigono un po' arrossata. A sinistra in immediata vicinanza dell'orificio ureterale che è arrossato, un'ulcerazione ovalare a bordi irre-

golari ricoperta da un piccolo essudato biancastro e circondata da un alone rossastro. Il resto della mucosa vescicale, l'orificio ureterale destro sono del tutto normali.

Cateterismo dei due ureteri: facile. Due sonde (N. 13 a S., N. 14 a D.) sono spinte per 20 cm.

Esame istobatteriologico:

R. D.: singole emazie; fosfati amorfi; cellule epiteliali.

R. S.: emazie; pus in piccola quantità; non bacilli di Koch nè altri batteri.

Esame funzionale (durata 70'):

R. D.: Vol. = 12 + 18 = 30 cmc.; urea, al litro = 20,50; urea, quantità reale eliminata = 0,61; F. S. F. = 30 + 4 = 34 %.

R. S.: Vol. = 30 + 13 = 43 cmc.; urea, al litro = 19,24; urea, quantità reale eliminata = 0,73; F. S. F. = 25 + 3 = 28 %.

S. V.: zero.

L'esame delle urine globali rivela: *pus* e *bacilli di Koch*. Alla radiografia di tutto l'apparato urinario nessun'ombra di calcoli.

Basandomi su questo risultato (piuria amicrobica unilaterale, presenza del bacillo di Koch nell'urina vescicale. deficienza di eliminazione di ftaleina a sinistra) decido d'intervenire.

Il giorno 11 novembre nefrectomia sinistra (aiuto dott. Piccini). Anestesia generale al balsoforme. Incisione lombare classica. Il rene liberato ed esteriorizzato facilmente, è di aspetto, volume, conformazione, consistenza normali. L'uretere ed il bacinetto non presentano rigidità alcuna. Dopo un minuto di incertezza terribile mi decido di asportare il rene.

Sutura dei muscoli in due piani al catgut n. 6, delle cute al crine di Firenze. Tubo di drenaggio.

Esame del pezzo: La superficie del rene è del tutto liscia, la capsula si scolla facilmente non essendovi aderenze fra essa ed il parenchima. Alla sezione longitudinale non si mette in evidenza nessuna lesione anche minima. La mucosa del bacinetto è normale. Si praticano allora delle sezioni multiple delle due valve, perpendicolari alla prima e dopo un esame altrettanto attento che angoscioso, si scopre una piccola granulazione giallastra a carico di una papilla del polo superiore.

L'esame istologico è stato praticato dal prof. G. Zanetti, aiuto del R. Istituto di Anatomia Patologica, il quale come unica lesione ha trovato un piccolissimo focolaio tubercolosi di una papilla, formato dall'agglomerazione di alcuni noduli della grandezza di un grano di miglio rappresentati da tubercoli tipici (zona di cellule epiteliali, cellule giganti).

Il decorso postoperatorio è normale. Il 5° giorno si leva il tubo di drenaggio, il 18° la paziente lascia la casa di cura del tutto guarita.

Rivista tre mesi dopo l'ammalata ha un aspetto floridissimo, è aumentata di peso di 8 Kg., le urine sono limpidissime, ogni disturbo vescicale è scomparso.

Il caso mi sembra molto interessante sotto diversi punti di vista. Per ciò che concerne la funzione renale, in generale nella tubercolosi, anche all'inizio si ha la caduta dell'eliminazione ureica. In questo caso la concentrazione ureica era uguale nei due reni ed il « debit » in 70' del rene sinistro era superiore a quello destro.

La deficienza nell'eliminazione della ftaleina (28 % a S. contro 34 % a destra) oltre all'esistenza dell'ulcerazione vescicale ha contribuito moltissimo nella decisione di praticare l'intervento e di asportare il rene nonostante esso fosse d'aspetto normale. Checchè ne dicano ancora alcuni, io credo che nessun'altra prova sia così sensibile, così fedele, così precisa come lo è quella della ftaleina per farci apprezzare il valore funzionale dei reni anche quando le lesioni sono allo stadio iniziale. Nessuno al giorno d'oggi dovrebbe trascurarla quando si pratica una divisione d'urine per sospetto di una lesione renale. L'inoculazione alla cavia viene da me praticata molto raramente sia perchè bisogna attenderne il risultato per sei settimane, sia perchè d'importanza molto relativa.

(La cavia inoculata può morire per tbc spontanea, oppure vivere a lungo in casi in cui trattasi di tubercolosi).

Mi sembra utile insistere sul valore che si può attribuire alla lombotomia esplorativa che molti ancora praticano a scopo diagnostico, quando il cateterismo ureterale non è possibile, basandosi sulla costante d'Ambard. Se essa può dare un buon risultato in certi casi in cui le lesioni sono evidenti, molto spesso costituisce un intervento del tutto inutile e che può produrre disastrose conseguenze se praticata da chi non ha una grande esperienza urologica.

Il mio caso mi sembra molto istruttivo, esso dimostra:

1) che un rene colpito da lesioni tubercolari può non presentare, almeno per un certo tempo, deficienza funzionale;

2) che la lombotomia esplorativa, anche se seguita da nefrotomia, deve essere in generale abolita, non avendo nessun valore diagnostico e non essendo scevra di pericolo.

Essa può avere le sue indicazioni in casi rarissimi e se praticata da urologi di speciale competenza.

RIASSUNTO.

L'A. illustra il caso di una paz., a lui indirizzata per ematurie e sintomi di cistite, in cui la diagnosi di tbc. renale sinistra fu basata su di un'ulcerazione tipica vicino all'orificio ureterale s. e solo su di una lieve diminuzione nell'eliminazione della ftaleina del rene s. Le urine di sinistra contenevano poco pus senza germi. L'urina globale bac. di Koch.

Praticò la nefrectomia sinistra nonostante

il rene fosse d'aspetto del tutto normale. Al taglio l'*unica* lesione consisteva in una piccola granulazione a carico di una papilla del polo superiore (esame istologico prof. Zanetti).

L'A. insiste sull'inutilità della lombotomia e nefrotomia praticate a scopo diagnostico e sul valore diagnostico precoce della prova della ftaleina.

COMMENTI.

Sulle radiazioni vitali nel sangue in rapporto all'età.

Leggo nel n. 32 del *Policlinico* (Sez. Pratica, 7 agosto 1933-XI) una pregevole e, sotto alcuni riguardi, gradita Nota del dott. Ricciotti dal Zoppo sulle radiazioni del sangue in rapporto alla età, intorno alla quale nota è necessario esprimere una parola di chiarimento.

Nella seduta scientifica del 17 marzo 1930 all'Ospedale Civile di Venezia, prospettai per la prima volta la possibilità di considerare il potere radiante del sangue come un indice sintetico equivalente dei fenomeni di combustione organica, e ciò sulla base di osservazioni da me per primo eseguite, sopratutto in rapporto all'età, nella magrezza ipertiroidea, nella obesità, nella uricemia, nella psicoastenia, nella azotemia, nella gravidanza ecc.

La importante conferma alle mie ricerche del dott. Ricciotti dal Zoppo, mi conforta, come tutte le altre, e colgo l'occasione per aggiungere che la mia proposta di indagine emoradimetrica trovò piena conferma presso varie Scuole e anche in altre mie ricerche comunicate alla Società Medico-Chirurgica di Padova il 6 giugno 1933 e alla Società Italiana di Biologia Sperimentale (Sezione Giuliana) a Trieste il 7 luglio scorso.

Tali ricerche (delle quali non so rinunciare al compiacimento della priorità) starebbero non soltanto in favore della opportunità di classificare gli organismi in *ipo- normo- iperradianti*, ma accreditano il mio iniziale criterio che; *a cifre emoradimetriche eguali corrispondano ritmi metabolici eguali od equivalenti*, sul quale indirizzo mi sembra vada orientandosi anche il collega Ricciotti dal Zoppo.

Sono quindi lieto che anche dall'autorevole Scuola del prof. Ferrannini sia partita una parola in sostegno dei miei studi; tuttavia mi sia lecito rilevare (passando nel campo della terapia) come, forse per amor di sintesi, il dott. Ricciotti dal Zoppo non abbia chiarito nella sua Nota due punti fondamentali. Egli, infatti, identifica la pratica dell'emoinnesto intramuscolare, da me proposta su basi radiobiologiche (foto-bio-elettroniche), con una cura di ringiovanimento.

Desidero evitare questo equivoco: mai io ho parlato nè scritto che l'emoinnesto sia una cura di ringiovanimento, ma solo affermai (come affermo) che l'emoinnesto può giovare quale potente mezzo di stimolazione e di equilibrio neuro-vegetativo, specie negli stati di decadimento organico, nella arteriosclerosi anche se accompagnata da lesioni renali, nelle ipertensioni, nell'iperazotemia, nel rallentato ricambio in genere ecc.

Proponevo inoltre l'estensione di tale terapia (purtroppo poco studiata, quando non è anche confusa colla trasfusione del sangue o con la solita emoterapia parenterale) in molte forme morbose (specie nelle endocrinopatie), trattandosi di cura sempre innocua che, per i criteri sperimentali e teorici sui quali si fonda, poteva lasciar lecitamente sperare il conseguimento di risultati in parte prevedibili, onde le applicazioni successive dell'emoinnesto dovevano ritenersi concatenate ad un unico indirizzo dottrinale.

Intorno al problema del così detto « ringiovanimento » non perdetti occasione per usare la seguente frase, che è quasi divenuta, per così dire, la divisa dei miei studi sulla patologia della senilità: « folle è colui che si illude di rifarsi in gioventù e poco serio chi lo promette ».

Passando all'accenno che il dott. Ricciotti dal Zoppo dedica ai miei studi di oncologia sperimentale, rilevo di non aver mai suggerito il tentativo dell'emoinnesto quale rimedio ai tumori maligni (come può sembrare dalla lettura della Nota del collega Ricciotti dal Zoppo) ma solo di aver avanzato una ipotesi di lavoro sperimentale, mediante la quale il problema del cancro, nei suoi vari aspetti, può venir considerato al lume delle nuove acquisizioni foto-bio-elettroniche (v.: Comun. alla XIX Riun. Soc. It. Progr. Scienze 1930; Pathologica 15 sett. 1931; Com. Lega It. contro il Cancro; Roma, 1933).

La estrema delicatezza dell'argomento mi impone di essere esplicito per togliere ogni equivoco in proposito e sono certo che anche il dott. Ricciotti dal Zoppo approverà la mia meticolosità scusabile.

GIOCONDO PROTTI
Clinica Medica - Padova.

Corrigenda. — Nella rivendicazione del dott. H. I. Goldstein, pubblicata sul fasc. 31, p. 1212, al 2° capov., leggere:

Cfr. anche *Medical Journal and Record*, New York, vol. 124, n. 6, pp. 329-332, 15 sett. 1926; *Medical Review of Reviews*, New York, vol. 39, n. 2, pp. 329-333, lug. 1933, e il mio breve commento ecc.

SUNTI E RASSEGNE.

CARDIOLOGIA.

La prevenzione delle cardiopatie reumatiche.

(R. MILLER. *Practitioner*, giugno 1933).

Lo studio istopatologico delle lesioni reumatiche del cuore ha messo in evidenza che esse non sono prodotte da tossine di microrganismi localizzati a distanza, ma da germi agenti direttamente. Questi raggiungono i tessuti del cuore attraverso il sangue, precisamente attraverso la circolazione coronaria. Il processo infettivo si attenua rapidamente ed è seguito da periodi di quiescenza e di recrudescenza. L'agente patogeno produce un tessuto reattivo caratteristico. Questi fatti dimostrano che il reumatismo cardiaco è una malattia determinata da un agente specifico.

L'agente patogeno è uno streptococco che per il genere delle lesioni prodotte deve ritenersi diverso da tutti gli altri.

Si tratta verisimilmente di un germe che in determinate circostanze acquista una particolare virulenza (nelle tonsille o altrove) e raggiunge il cuore attraverso il sangue.

La quistione della contagiosità del reumatismo acuto non è ancora ben chiarita. Al riguardo è interessante il fatto che numerose recrudescenze del reumatismo cardiaco si hanno durante epidemie di altre infezioni, della scarlattina sopra tutto, e che nelle epidemie di affezioni catarrali delle fauci compaiono frequentemente in alcuni ragazzi manifestazioni reumatiche.

Il fatto può avere varie interpretazioni: o che il germe del reumatismo esalti la propria virulenza in contatto di altri germi o nell'organismo preparato da altre infezioni, o che si tratti di un medesimo microrganismo che solo negli individui predisposti produca manifestazioni articolari e cardiache.

Sotto questo punto di vista va prendendo molto credito l'opinione che il reumatismo articolare e cardiaco presupponga uno speciale terreno favorevole al suo sviluppo, una vera e propria diatesi o un particolare stato allergico.

Si ritiene da molti che il germe del reumatismo sia un ospite abituale dell'organismo umano e che acquisti virulenza solo in alcuni individui e solo in determinate condizioni. Tale opinione è avvalorata dal fatto che spesso il reumatismo articolare colpisce più persone della stessa famiglia, che genitori che hanno sofferto il reumatismo procreano figli con tendenza a contrarre la stessa malattia.

Meno attendibile è l'ipotesi allergica. Essa è basata sul fatto che tra l'infezione tonsillare e le manifestazioni articolari e cardiache c'è sempre un intervallo di una diecina di giorni. Ci sarebbe insomma un periodo latente analogo a quello che intercorre tra l'iniezione di antitossina e la comparsa dei sintomi serici. In altre parole durante l'intervallo l'individuo sarebbe sensibilizzato nel senso allergico. Ma l'ipotesi cade di fronte al fatto che i fatti articolari sono dovuti ad un'infezione batterica delle articolazioni e così i fatti a carico del cuore.

Certo è che tutte le manifestazioni del reumatismo, articolari e cardiache, sono dovute ad un agente unico.

In conseguenza la prevenzione delle cardiopatie reumatiche si fa prevenendo il reumatismo.

Ma conviene tener presente anche che le manifestazioni cardiache sono in genere tardive e si verificano per lo più nelle forme gravi. Quindi il tentativo di prevenzione della localizzazione cardiaca ha più facilità di successo durante il periodo d'invasione, quando cioè il ragazzo presenta fatti catarrali alle fauci, tonsilliti e dolori muscolari, che sono avvertiti prevalentemente alle braccia, agli avambracci, alle dita ed alla nuca. In altri casi i sintomi premunitorî sono di natura nervosa e minacciano la corea: nervosismo, facile emotività, insonnia, cefalea, enuresi, tics, sonnambulismo. Talvolta i ragazzi presentano pallore, accusano stanchezza, perdita di appetito, affanno.

Ma tali sintomi premunitorî non sono caratteristici del reumatismo e quindi non sempre riesce di sfruttarli per prevenire le localizzazioni cardiache. Essi comunque devono essere tenuti presenti nelle località dove esistono le condizioni favorevoli allo sviluppo del reumatismo e nei bambini con tendenza a questa malattia.

Quando il reumatismo è accertato o fondatamente sospetto conviene eseguire rigorosamente tutte le misure atte ad evitare la diffusione dell'infezione al cuore: 1. Esame periodico del ragazzo con particolare riguardo alle condizioni del cuore. 2. Prescrivere abiti di lana, scarpe impermeabili, abitazione calda ed asciutta. Gli abiti bagnati devono essere subito cambiati. Proibire il nuoto. 3. Cura rigorosa delle esacerbazioni dei sintomi reumatici. Ogni manifestazione dolorosa, ogni aumento di temperatura deve indurre al riposo a letto. Le convalescenze devono essere lunghe. Deve essere evitato il contagio di altre malattie infettive, sopra tutto della scarlattina, della difterite e del morbillo. 4. Praticare eventualmente la tonsillectomia e curare la disinfezione delle fauci praticando quotidianamente gargarismi a base di clorato di potassio e di salicilato di soda. 5. Somministrare salicilato a piccole dosi per un lungo periodo dopo la scomparsa di ogni manifestazione morbosa.

DR.

La terapia dell'infarto del miocardio.

(G. BICKEL. *Paris Médical*, 6 maggio 1933).

Mentre la clinica e l'anatomia patologica dell'infarto del miocardio sono state oggetto di studi numerosi e completi, poco si è fatto finora per stabilire quale sia la terapia più sicura in una sindrome che presenta una tale importanza. Vi sono così ancora oggi clinici che consigliano la digitale e la chinidina, mentre altri dimostrano quanto questi farmaci possano essere pericolosi nell'infarto miocardico.

Si può dividere il quadro dell'infarto in tre momenti, per ognuno dei quali ha particolari indicazioni terapeutiche. Anzitutto il periodo dell'insorgenza dell'infarto: in esso domina il dolore, atroce, costrittivo, che dalla regione sternale si irradia al dorso e alle braccia. Occorre dunque cercare di lenire il dolore. A nulla valgono il nitrito d'amile e prodotti affini (e questo serva per la diagnosi differenziale); unico rimedio veramente efficace è la morfina, o i suoi succedanei, da sola o meglio associata all'atropina, per diminuirne l'azione vagotonica.

Utili inoltre sono in questo periodo le inalazioni di ossigeno. Se poi si ha una notevole ipotensione arteriosa si miglioreranno le condizioni del circolo con preparati di canfora e di efetonina.

Il secondo periodo si può chiamare periodo di riparazione: il malato ritorna poco a poco in condizioni normali; il cuore cerca di riparare i danni subiti. Occorre che, perchè questo avvenga, e non si abbiano ricadute troppo spesso fatali, il malato rimanga nel più assoluto riposo per almeno sei settimane. Come medicamenti, gli antispastici vascolari (papaverina, belladonna), o meglio ancora i vasodilatatori ad azione specifica coronarica come l'eufillina e l'acetilcolina.

Recentemente sono stati sperimentati, con successo, i cosidetti « ormoni circolatori », sotto il quale termine generico si indicano vari estratti di muscolo, di fegato o di pancreas.

Utili sono anche, per favorire la nutrizione del miocardio le inalazioni di ossigeno, e la somministrazione di glucosio, associata o meno a piccole dosi di insulina.

Nel caso poi che si presentasse una insufficienza cardiaca, ma solo in questo caso, si ricorrerà ai preparati digitalici, usati con la massima prudenza, ricordando che, rinforzando le contrazioni cardiache si corre il pericolo di immettere in circolo frammenti del trombo.

Il terzo periodo della cura è quello preventivo di possibili recidive. Il malato dovrà vivere una vita calma, senza eccessi di fatiche o di emozioni, senza esporsi a bruschi sbalzi di temperatura, alimentandosi in modo regolare. Dovrà astenersi in modo assoluto dall'alcool, dai liquidi e cibi drogati, rinunciare al fumo. Come terapia medicamentosa, si consiglino i comuni preparati antisclerotici. M. PONS.

ANESTESIA.

Alcuni recenti progressi in anestesia.

(F. B. PARSONS. *The Practitioner*, aprile 1933).

I progressi nell'anestesia riguardano gli anestetici volatili, i narcotici basali e l'anestesia spinale.

ANESTETICI VOLATILI.

Ossido nitroso. — Si va estendendo il suo uso anche per il miglioramento degli apparecchi di somministrazione che permettono il controllo esatto del gas. È necessario però avere la possibilità di sospendere la somministrazione per dare, se occorre, ossigeno e diossido di carbonio.

Etilene. — Dà rilasciamento muscolare maggiore dell'ossido nitroso. È molto usato in America. In Inghilterra è meno diffuso probabilmente per la difficoltà di ottenere il gas, per il suo odore sgradevole e per il pericolo di esplosione.

Etere. — Esso deve essere preservato dalla decomposizione. Questo si ottiene conservandolo in recipienti di rame. Un progresso è rappresentato dalla somministrazione endotracheale mediante un catetere introdotto direttamente attraverso la laringe.

Cloroformio. — Rowling ha descritto un metodo che permette il dosaggio esatto della quantità inalata e consiste nel far gorgogliore aria attraverso una miscela di cloroformio e paraffina liquida in cui sono immerse delle palle di peso specifico variabile. Le palle cadono una per una, man mano che diminuisce la quantità di cloroformio della mistura.

L'*ossido di divinile* è di uso recentissimo ed ha dato buoni risultati.

Il *diossido di carbonio* è usato per eccitare il centro respiratorio in modo da produrre una rapida eliminazione nell'anestetico usato e da evitare le complicazioni respiratorie postoperatorie. Si può adoperare anche durante la narcosi in pazienti ribelli.

NARCOSI BASALE.

Vantaggi di questo metodo sono la somministrazione piacevole con poco o scarso trauma psichico e la maggior durata dell'anestesia. Però ha lo svantaggio di assorbirsi ed eliminarsi lentamente, quindi maggiore difficoltà nel controllarne la somministrazione.

Gli anestetici non volatili si possono dare per bocca, per clistere e per iniezione endovenosa. Ce ne sono tre gruppi: 1) liquidi con punto di ebollizione troppo alto per potersi dare attraverso i polmoni, per es. la paraldeide; 2) gli alcaloidi, come la morfina e l'ioscina e 3) sostanze solide, lipo solubili, spesso insolubili in acqua (cloralio, sulfonal, veronal, nadinal, pernocton, amital, luminal, nembutal, edonal, avertina).

La paraldeide è ora sopraffatta dall'avertina e dai preparati barbiturici. Stewart ne consiglia la somministrazione per via rettale in soluzione fisiologica. Il sonno sopravviene rapidamente, mentre il risveglio si ha dopo 5-8 ore. Il paziente non si accorge del cattivo odore della paraldeide eliminata per i polmoni. È rara la irrequietezza postoperatoria e non si ha caduta della pressione per il suo uso.

L'avertina è un vero anestetico. Si dà in soluzione acquosa per il retto o anche per via endovenosa. Dopo 10′ dalla somministrazione il paziente diventa sonnolento e passa al sonno profondo. Dopo altri 10′ il riflesso corneale è abolito.

Il respiro è superficialissimo, c'è miosi, si ha caduta lieve della pressione arteriosa (di 10-15 mm. di mercurio).

L'avertina si può usare anche nei vizi cardiaci e nelle malattie dei vasi sanguigni. Se anche in assenza del riflesso corneale l'applicazione di pinze da lenzuoletti provoca reazione si darà etere.

Coll'avertina la durata del sonno è lunga, non si ha vomito. Raramente si ha irrequietezza postoperatoria.

Non è consigliabile usare morfina nè derivati barbiturici in associazione coll'avertina, perchè si hanno disturbi respiratori a volta mortali. Il solo medicamento che si può adoperare è l'atropina. Per interrompere la narcosi avertinica si usano coramina ed efedrina.

PREPARATI BARBITURICI.

Hanno tutti una variabilità di azione che ne rende difficile il dosaggio caso per caso, possono produrre depressione circolatoria e respiratoria, si scindono in sostanze che possono dare disturbi psichici ed irrequietezza.

L'amital sodico dà caduta della pressione arteriosa.

Il nembutal è più tossico del precedente e deve essere dato a dosi minori. Si somministra per bocca o per via endovenosa. Il risveglio è rapido: dopo 3 ore. Questo medicamento è usato anche nel parto.

Il pernocton è adoperato a dosi ancora più piccole del nembutal. È il prodotto barbiturico più usato oggi.

ANESTESIA SPINALE.

La *percaina* ha potere anestetico superiore alla cocaina, ma è cinque volte più tossica; però è di uso più facile, perchè agisce a diluizione di 1:1500. R. LUSENA.

Problemi della rachianestesia.

(PANNET. *The Lancet*, 22 luglio 1933).

La rachianestesia ha tuttora molti problemi in discussione. L'A. ne considera due: 1° il livello raggiunto dalla zona anestetica; 2° le variazioni della pressione sanguigna.

Il livello anestetico è funzione dell'espandersi della sostanza iniettata nello spazio subaracnoideo; questa espansione avviene, secondo l'A., soprattutto per azione della gravità e dell'impulso meccanico. Per sfruttare l'azione della gravità l'A. fa uso, a causa del suo alto peso specifico, di una soluzione di novocaina al 10 % combinata con opportuna posizione del paziente. L'ascensione del liquido anestetico può essere ostacolata dal contatto a cui viene il midollo spinale con la parte posteriore dello speco a livello della D. XII e dalla presenza dei legamenti dentati e delle radici nervose.

L'espansione del liquido anestetico per impulso meccanico avviene per trasmissione, attraverso le meningi, delle pulsazioni dei vasi che decorrono nel grasso extradurale. Scarsissima importanza viene attribuita dall'A. alla circolazione del « liquor », che riconosce lentissima; e allo spostamento volumetrico.

La pressione sanguigna registra una diminuzione più o meno importante e che sembra in rapporto diretto, sotto certe riserve, con l'altezza raggiunta dall'anestesia. Più che al blocco degli splacnici, cui è stata generalmente attribuita, questa diminuzione della pressione sembra dovuta, ritiene l'A., alla vasodilatazione della parte inferiore del tronco e degli arti inferiori, verrebbe così ostacolato l'afflusso venoso al cuore: questo sarebbe il meccanismo della diminuzione della pressione sanguigna durante la rachianestesia.

L'A. ha ottenuto buoni risultati innalzando leggermente il bacino e gli arti inferiori, senza però ricorrere alla posizione di Trendelenburg che ha l'inconveniente di ostacolare la circolazione di ritorno della metà superiore del corpo. Sconsiglia l'uso di adrenalina e di efedrina, perchè queste sostanze, agendo sulle terminazioni simpatiche dei vasi cerebrali, la cui esistenza sembra ormai dimostrata, aggraverebbe l'anemia bulbare che si vuole combattere. L. FERRETTI.

ENDOCRINOLOGIA.

Le indicazioni terapeutiche nelle sindromi basedowiane.

(F. BERTRAND. *Gaz. des Hôp.*, 25 marzo 1933).

Dal punto di vista anatomo-clinico, bisogna distinguere la malattia di Basedow vera, caratterizzata da una sindrome ipertiroidea (disturbi cardiaci, dimagramento, elevazione del metabolismo basale) e da una sindrome di distonia neuro-vegetativa o simpaticotonia (esoftalmo, disturbi nervosi, disturbi vaso-motori, ecc.), ed i gozzi con sindrome ipertiroidea nei quali rientrano la maggior parte degli adenomi tossici di Plummer. Conviene inoltre mettere da parte le ipersimpaticotonie pure o meglio le sindromi basedoviane che corrispondono alla grande maggioranza dei casi di Basedow frusto.

Poichè a noi sfugge il « primum movens » delle sindromi basedoviane, non possiamo sperare in un trattamento etiologico. In difetto di base etiologica, la patogenesi e la fisiopatologia ci danno attualmente un punto di partenza sufficientemente solido sul quale fondare una terapeutica razionale.

È la ghiandola tiroide che è bene mettere al centro patologico. La terapia attuale si presenta dunque con una doppia tendenza; il trattamento fisiologico, innanzitutto medico, che si propone di modificare la secrezione tiroidea o di attenuarne gli effetti; un trattamento anatomico a mezzo della radioterapia e dell'intervento chirurgico.

La neutralizzazione della secrezione tiroidea è stata tentata con la sieroterapia a mezzo di metodi differenti. Il primo riposa sull'ipotesi che il siero di un animale privato della tiroide contenga delle sostanze neutralizzanti rispetto ad una ipersecrezione tiroidea. Questa concezione ha portato alla preparazione del siero di Moebius, alle preparazioni di latte di capra stiroidata, della tiroidectina e dell'emo- o emato-etiroidina. Questi vari preparati non hanno realizzato le speranze che su essi erano state fondate.

Il secondo metodo riposa sulla nozione della immunizzazione, cioè sulla produzione di anticorpi nell'animale trattato con prodotti tiroidei. Dal punto di vista dottrinale il fatto è discutibile, in quanto la secrezione endocrina è assimilabile agli ormoni, di cui il carattere essenziale è di non comportarsi come antigeni; e l'esperimento clinico ha confermato questa tesi.

Fra i numerosi medicamenti proposti nel trattamento del gozzo esoftalmico, solo lo jodio merita di essere preso in considerazione. Numerosi AA. furono per lungo tempo persuasi della sua nocività e spetta a Plummer e agli AA. americani il merito di averlo riabilitato. Ma il suo modo di azione è oscuro. Bisogna per ora contentarsi della conoscenza della sua grande efficacia e della nozione che noi possiamo controllarne gli effetti con la misurazione del metabolismo basale.

Le modalità di applicazioni dello jodio variano con la suscettibilità di ogni malato e devono restare sotto il controllo del metabolismo basale. In generale si può dire che il trattamento continuo a piccole dosi sembra superiore ai trattamenti discontinui. Il trattamento deve durare in media 3 mesi e non deve essere abbandonato se il metabolismo basale non si stabilizza al di sotto del 20 %. Un altro principio importante è il frazionamento della dose quotidiana. La dose quotidiana media varia da X a XXX gocce della soluzione jodo-iodurata (jodio gr. 5, ioduro di potassio gr. 10, H_2O gr. 100). Si comincia con 10 gocce e poi si aumenta gradualmente a seconda della tolleranza del malato e delle indicazioni del metabolismo basale.

La medicazione iodata ha un'azione talmente netta e talmente rapida nel gozzo esoftalmico da farla giudicare veramente specifica. I sintomi cardinali regrediscono, tuttavia il trattamento iodico non sembra che possa dare una guarigione vera; dopo alcun tempo i sintomi si ripresentano; il metabolismo basale in particolare non ridiscende quasi mai alla norma.

Bisogna somministrare lo iodio nell'adenoma tossico? La maggior parte degli AA. americani hanno risposto negativamente. Oggigiorno però si può dire che l'azione dello iodio sul gozzo basedovizzato è simile a quella che si ha nel Basedow vero. Occorre solo una sorveglianza più rigorosa.

Lo iodio è in complesso un trattamento inseparabile dell'ipertiroidismo e presenta l'immenso vantaggio di preparare meravigliosamente il terreno all'intervento chirurgico, tutte le volte che quest'ultimo è indicato.

Due trattamenti si rivolgono contro le lesioni anatomiche: l'elettroradioterapia e la chirurgia.

Il trattamento fisicoterapico (radioterapia seguita in caso di insuccesso da elettroterapia) è certamente efficace e dà una mortalità terapeutica assolutamente nulla. Presenta però degli inconvenienti. Alcuni malati si dimostrano nettamente refrattari e altri perfino si aggravano; in altri è necessario fare un trattamento prolungato, di 1 o 2 anni e più; si è anche sostenuto che il dosaggio rigoroso è impossibile a causa dell'azione cumulativa dell'effetto distruttivo dei raggi (casi di mixedema post-radioterapico); è possibile la formazione di aderenze che complicano ed aggravano l'intervento se questo dovesse in ultima analisi essere necessario; infine la radioterapia, se determina un rammollimento ed una riduzione di volume del gozzo, lo lascia però sussistere; resta pertanto in posto una tiroide sospetta con un potenziale patologico difficile a valutare.

La chirurgia propone attualmente come trattamento di scelta la tiroidectomia subtotale (che permette di togliere i 5/6 della ghiandola) e ciò tanto che si tratti di Basedow vero o di gozzo basedovizzato. I meriti di questo trattamento sono evidenti: la sua azione è rapida e si manifesta in generale completamente in due o tre mesi; la sua efficacia è superiore a quella di ogni altro trattamento; esso sopprime il gozzo; dal punto di vista funzionale agisce in modo rimarchevole sulla sindrome ipertiroidea; modifica più francamente il metabolismo basale. Per giudicare però sulla efficacia del trattamento chirurgico, bisogna riferirsi alle tiroidectomie subtotali, non tenendo conto delle emitiroidectomie, delle enucleazioni e di tutte le operazioni mal fatte, cioè

incomplete. La qualità e il grado della guarigione sembrano proporzionali alla quantità della tiroide eliminata.

Bisogna però riconoscere che la tiroidectomia subtotale non è sempre completamente efficace. Certi sintomi, l'esoftalmo in particolare, restano spesso irriducibili. Ma la chirurgia, come la radioterapia, attaccando la tiroide, non può avere per scopo che di agire sulla sindrome ipertiroidea. La sindrome di ipersimpaticotonia spesso sfugge poichè non sappiamo agire sul *primum movens* che resta sempre ignorato.

In realtà il solo appunto che si può rivolgere al trattamento chirurgico è di comportare una certa mortalità operatoria. Le statistiche globali di questa mortalità sono assai varie; vanno da 0 a 31 %. Ma se si tiene conto delle statistiche portate su un numero notevole di casi operati di tiroidectomia subtotale, la mortalità appare molto bassa e permette di considerare questo intervento come benigno quando sia ben preparato e ben eseguito.

In conclusione, nessun trattamento è perfetto. Come concepire allora la condotta della terapia nelle sindromi ipertiroidee?

Tutti sono d'accordo su di un punto: istituire subito un trattamento con iodio e, se necessario, con chinicardina, mettendo il malato in riposo. Quando il trattamento iodico ha dato il massimo del suo risultato, bisogna scegliere fra l'elettroradioterapia e la tiroidectomia subtotale.

Nel gozzo basedovizzato l'opinione generale è favorevole al trattamento chirurgico senza elettroradioterapia preventiva.

Per il gozzo esoftalmico vero la condotta consigliata è la seguente: trattamento medico per 3-4 mesi (5 a 25 gocce di Lugol al giorno, riposo, chinicardina, se necessaria); dopo questo periodo, se il metabolismo basale resta superiore a 30 % al di sopra della norma, saggiare la sensibilità del soggetto rispetto ai raggi X; se l'affezione sembra ipersensibile ed in poche sedute il miglioramento è manifesto, continuare il trattamento che guarirà il malato; se il miglioramento è invece incerto, è indicato l'intervento chirurgico.

C. TOSCANO.

Applicazioni cliniche dell'ormone sessuale femminile.

(G. STRAGUELL. *El Hospital Argentino*, anno III, n. 15).

L'A. riporta i dati di una inchiesta compiuta negli Stati Uniti fra i medici che hanno usato ormoni ovarici. Lo studio delle risposte indica la grande efficacia del trattamento ormonale nella maggior parte dei casi. La via di somministrazione adoperata fu la gastrica e la sottocutanea. La somministrazione per via gastrica ha dato risultati ottimi.

Nelle amenorree, su 230 casi, 119 presentarono risultati eccellenti, 55 buoni, 16 sufficienti, 4 dubbi, 35 negativi. Nel gruppo delle amenorree ed oligomenorree sono specialmente interessanti i casi associati ad obesità; in 10 casi si registrò un considerevole dimagrimento, solo in 5 inferme il risultato fu negativo.

In 40 casi di dismenorrea, 15 diedero risultati eccellenti, 15 buoni, 7 sufficienti e 3 negativi.

I disturbi da menopausa furono distinti in tre gruppi, a seconda che si trattava di menopausa naturale, precoce o dovuta ad intervento chirurgico o ad applicazione di raggi X o radio.

Al gruppo della menopausa naturale appartenevano 153 casi, di cui 74 con risultati eccellenti, 45 buoni, 14 sufficienti e 20 negativi. In molti casi, nei quali la obesità aveva coinciso con la menopausa, si notò dimagrimento.

Su 8 casi di menopausa precoce si ebbero risultati eccellenti in 3 casi, buoni in 4 e sufficienti in 1.

I risultati nel terzo gruppo di menopausa furono approssimativamente equivalenti a quelli del primo gruppo.

Su 13 casi di infantilismo, 12 hanno risposto bene al trattamento con Progynon. Alcuni in forma brillantissima.

In tutti i casi di frigidità sessuale il risultato fu favorevole. In 13 casi su 15 di vomiti gravidici i vomiti cessarono completamente con il trattamento ovarico. 13 risultati positivi si sono avuti su 22 casi di sterilità.

C. TOSCANO.

NEUROLOGIA.

Un caso di encefalite tifica di tipo ipertonico, con esito in parkinsonismo.

(BOUCHUT, ROGER, FROMENT e GUICHARD. *Bull. Soc. Méd. des Hôp.*, 22 maggio 1933).

L'encefalite tifica è oggigiorno ben conosciuta: la conoscenza più approfondita della patologia encefalica ha permesso di definire in forma precisa molti casi, che in altri tempi si sarebbero detti di meningite, di delirio, paralisi, senza nessuna esattezza di concetto e di espressione.

Scopo degli AA. non è dunque quello di presentare ancora un nuovo studio riassuntivo della questione, ma solo di presentare un caso molto istruttivo, capitato alla loro osservazione.

Si tratta di una donna di 31 anni che all'ingresso nel turno presentava segni evidenti di encefalite acuta: rigidità generalizzata senza segni meningei, ruota dentata, tremore di tipo parkinsoniano. L'origine tifica della malattia, posta subito in discussione per la presenza di una roseola e di febbre continua di 40°, venne

poi documentata dalla splenomegalia, e dalla reazione di Widal. In qualche settimana la malata guarì; poi ricadde due volte ammalata, con grave stato generale, cefalea violenta, dolori lombari, sintomi di alterazione psichica, discreta linfocitosi cefalorachidiana. Riguarì, ma rimasero delle sequele di tipo francamente parkinsoniano, consistenti in rigidità moderata con ruota dentata, senza però notevole tremore nè salivazione, nè altri disturbi psichici.

Questo il caso. Esso è notevole anzitutto per la rarità della localizzazione striata del virus tifoso. Inoltre per l'esito in guarigione. Tutti gli AA. sono concordi nell'affermare la gravità di queste complicazioni encefaliche dell'infezione tifosa. Nel caso nostro due ricadute per di più, e guarigione definitiva. Gli AA. fecero una terapia a fondo con siero Rodet (1000 cc. in 20 giorni). Hanno osservato che l'applicazione sieroterapica, due volte eseguita, ha coinciso due volte col miglioramento dell'ammalata: è tutto ciò che essi osano dire, con giusta prudenza scientifica, consapevoli della facilità con cui il nesso di causa è falsato dalla legge del caso.

Ma la cosa più notevole che si osserva nel caso descritto, è l'esito in fenomeni di tipo parkinsoniano, che rimasero fissi per due anni di osservazione. Non si trattava quindi di uno stato lentamente ma sicuramente evolutivo, come è del classico parkinsonismo postencefalitico.

Gli AA. non credono che il caso da loro discusso e osservato possa pesare in favore dell'ipotesi, che venne sollevata a proposito di molte infezioni, tra cui l'eberthiana, che le complicazioni encefaliche non siano dovute al b. di Eberth, ma a un virus di sortita simile a quello dell'encefalite epidemica. Nulla impedisce che il b. di Eberth o le sue tossine possano ledere la regione striata e creare di conseguenza uno stato parkinsoniano. Questa eventualità verificatasi nel caso qui riassunto è eccezionale, ma possibile e riconoscibile forse, per il carattere poco o affatto evolutivo della sindrome parkinsoniana, che costituisce quindi una vera successione morbosa, una speciale traccia definitiva di una comune infezione ebertina, decorsa dapprima con tutti i clinici crismi.

M. COPPO.

Come si deve trattare l'ascesso cerebrale.

(FRAZIER. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, luglio 1933).

Gran parte degli insuccessi registrati in passato nel trattamento degli ascessi cerebrali sono attribuibili, secondo l'A., ad interventi intempestivi, intrapresi prima che la raccolta fosse completamente limitata da una capsula ben organizzata. Si deve riconoscere, insiste l'A., che un ascesso in formazione non è una lesione chirurgica.

L'incapsulamento della raccolta è un processo che richiede, in media, un periodo di tre settimane; a volte però, e per ragioni che sono tuttora sconosciute, la formazione di tessuto connettivale procede più lentamente.

In ogni modo, dato che l'inizio dell'infezione non è precisabile, bisognerà regolarsi sui segni dell'aumentata pressione intracranica, specialmente cefalea e papilla da stasi.

Recentemente è stato proposto, come indice dello stato di incapsulamento dell'ascesso, l'esame citologico del « liquor ». Se i neutrofili predominano, il processo di incapsulamento non procede in maniera soddisfacente; quando viceversa si ha un predominio linfocitario, le condizioni operatorie sono più favorevoli.

In quanto al drenaggio le preferenze dell'A. vanno al metodo di Dandy, cioè degli svuotamenti ripetuti, o al metodo di Colemann che lascia in posto un tubo di gomma molle.

Qualche volta la parete ascessuale è tanto solida e tanto individuata che la lesione si può asportare *in toto* come se si trattasse di un neoplasma.

Le tendenze attuali, conclude l'A., sono sfavorevoli all'intervento precoce che spesso si conclude con un disastro ed è tanto dannoso quanto l'attesa troppo protratta. Sapendo cogliere il momento dell'incapsulamento completo si migliorerà grandemente la statistica di questa affezione.

L. FERRETTI.

VIE BILIARI.

Acetilcolina e vescichetta biliare.

(A. CERNEZZI. *Gazz. degli Osp. e delle Clin.*, 30 aprile 1933).

Il lungo dibattito sulla possibilità o meno che la cistifellea esplichi una vera e propria attività contrattile, si può ormai considerare risolto in senso positivo e sono ormai note le applicazioni cliniche della eccitazione riflessa del potere contrattile della colecisti a mezzo di sostanze come i grassi, le albumosi, i peptoni, ecc. introdotti nel duodeno, che costituiscono il mezzo eccitatore delle così dette prove del riflesso duodeno-vescicolare.

L'osservazione diretta ha permesso di stabilire che la contrattilità della cistifellea è in dipendenza dell'innervazione parasimpatica, contrariamente all'opinione classica dell'epoca del Doyon che considerava il simpatico come il nervo motore di questo organo.

Il Loeper ed i suoi collaboratori hanno appunto pensato di provocare la contrazione della muscolatura vescicolare con l'acetilcolina, che si è dimostrata forse il più potente fra gli eccitanti del parasimpatico.

Se si inietta nelle vene di un animale una dose di mezzo a un milligrammo di acetilcolina per chilogrammo di peso, si ottiene, oltre all'abituale diminuzione della pressione sanguigna, un brusco aumento della consistenza della vescichetta per effetto di una spiccata contrazione delle sue pareti. Tale contrazione è transitoria, durando da 30 a 40 secondi, ed è seguita dal ripristino delle lente contrazioni normali dell'organo, durante le quali lo sgocciolamento di bile sul coledoco si fa notevolmente più tardo.

Impiegata per via sottocutanea l'acetilcolina svolge effetti infinitamente meno intensi che per via endovenosa.

L'applicazione clinica sull'uomo di questi dati sperimentali si è dimostrata al Loeper parimenti efficace ed insieme non dannosa. Iniettando da 5 a 10 centigr. di acetilcolina, quasi immediatamente, se vi è pervietà del cistico, si ha la risposta vescicolare. Tra questa prova e quella col solfato di magnesio non vi è sempre perfetto parallelismo di effetti e il Loeper spiega il fatto con la diversità di azione del solfato di magnesio, che è piuttosto paralizzante dello sfintere di Oddi.

Anche l'azione terapeutica dell'acetilcolina risulta altrettanto manifesta. Così, ad esempio, in casi di ittero catarrale se ne è visto sensibilmente accorciato il decorso in seguito ad una o due iniezioni. E l'uso di questa sostanza pare particolarmente appropriato nella cura di quelle atonie e discinesie vescicolari che oggidì si vanno sempre più esattamente e più frequentemente riconoscendo.

Al contrario la litiasi biliare, gli ostacoli del coledoco, le obliterazioni vateriane controindicano l'uso dell'acetilcolina.

I pochi casi nei quali l'A. ha adoperato l'acetilcolina depongono per l'assoluta innocuità del rimedio e per una indiscutibile ed utile azione coleretica nelle colecistiti non calcolose, particolarmente in quelle consecutive a talune infezioni generali (tifo, influenza) e in quelle colibacillari riacutizzantisi nel puerperio.

C. TOSCANO.

Fisiologia e anomalie funzionali della vescichetta biliare.

(C. NEWMAN. *The Lancet*, 29 aprile 1933).

Anomalie di concentrazione e secrezione nella vescica biliare. La colecisti infiammata perde il suo potere selettivo e diventa come un sacco di collodio dializzante per cui la concentrazione della bile è anormale e precisamente invece di assorbire il composto *colesterina-sali biliari* assorbe solo i sali biliari, per cui la colesterina priva della sostanza solvente precipita. Questo fatto così importante per la genesi della calcolosi biliare è stato descritto da Ronsenthal e Licht nel 1928 nel cane. L'A. ha trovato nel cadavere umano un'alterazione netta del rapporto fra colesterina e sali biliari della bile contenuta nella colecisti infiammata.

La bilirubina è in parte ossidata in biliverdina ed in parte precipita in forma di cristalli che si separano facilmente col lavaggio ed hanno i caratteri fisici e chimici di quella forma di bilirubina che dà la reazione di Van den Bergh ritardata. Sono la sorgente dell'emobilirubina e si trovano nelle medesime circostanze in cui si trova un calcolo di pigmento e calcio.

La proteina è secreta nelle colecisti solo per processo infiammatorio ed è contenuta nella parte centrale dei calcoli.

Il calcio si forma in grande quantità specialmente nell'occlusione del cistico. I microliti di calcio si hanno solo nella bile alcalina.

Gli acidi grassi sono componenti normali della bile colecistica e non hanno valore nella formazione dei calcoli in cui si possono trovare solo come inclusioni passive.

RAPPORTO FRA DISCINESIA ED ALTRI MECCANISMI PATOGENETICI.

Stasi. Con questo concetto si voleva spiegare la causa di molte alterazioni. Bisogna distinguere la vera stasi dovuta ad occlusione del cistico e la distensione dovuta alla possibilità di afflusso di bile nella cistifellea, ma con difficoltà all'eliminazione della bile dai dotti extraepatici.

La distensione è fisiologica durante il pasto e anche durante il digiuno. Diventa patologica se è da altre cause o dura troppo.

La vera stasi si può avere per distensione continuata o per completa occlusione del cistico o per peritonite. Il meccanismo con cui la stasi produrrebbe i calcoli è duplice: ci sarebbe decomposizione della bile e ritenzione dei prodotti di questa decomposizione.

Oggi non si dà importanza alla stasi come fattore causale di calcolosi.

Colecistite. La sua etiologia rappresenta un problema arduo. Sperimentalmente la legatura del cistico dà invariabilmente colecistite, che invece non si ha per legatura del dotto biliare comune. In patologia umana la discinesia neuromuscolare dipende da anomalie dell'ampolla di Vater o dello sfintere di Oddi, quindi il fatto è di difficile interpretazione. Bisogna ammettere anche un processo infiammatorio a carico della colecisti e a facilitare questo processo infiammatorio può intervenire la stasi.

La colecisti a fragola dipende dal deposito di liquidi sulla mucosa.

Sperimentalmente si ottenne colecisti a fragola iniettando streptococchi nella parete della vescica e alimentando con colesterina.

Bisogna ammettere per la sua formazione un fattore metabolico e uno discinetico. Co-

munque la colecisti a fragola non rappresenta una malattia a sè.

L'emicrania è da qualcuno messa in rapporto con alterazioni biliari, e l'A. ha potuto rilevare durante gli attacchi un aumento della bilirubinemia e della colesterinemia.

Per quanto riguarda i rapporti fra *calcoli biliari* e funzione della colecisti si può dire questo: che la teoria di Naunyn, che i calcoli faccettati, moriformi siano di origine infiammatoria non è stata scossa dalle più recenti indagini, che i calcoli di bilirubina e calcoli che si vedono nella distensione della colecisti dipendono da un disordine della motilità a cui si associa un'alterazione metabolica. Inoltre i calcoli bianchi, molli, di carbonato di calcio dipendono da occlusione del cistico. I calcoli verdastri di carbonato di calcio sono calcoli dovuti ad alterazioni del metabolismo calcio-pigmento. Il calcolo di colesterina pura non ha niente a che fare colla discinesia.

I calcoli terrosi del dotto biliare comune e attorno a corpi estranei sono dovuti ad infezione associata a discinesia.

R. LUSENA.

DIVAGAZIONI.

Vantaggi e pericoli dei cosmetici.

L'uso dei cosmetici ha assunto da un ventennio una diffusione ignorata dalle precedenti generazioni.

Per trovare nella storia periodi nei quali l'umanità ha ricorso a tali espedienti estetici, bisogna riandare alle antiche civiltà orientali-mediterranee. Anche sotto questo riguardo la storia ha i suoi ritorni.

Oggi le cose sono molto più complesse e l'uso più esteso in tutti gli strati sociali perchè la tecnica è in grado di preparare prodotti di tutti i generi ed a buon mercato.

È stato stabilito che la quarta delle più grandi industrie degli Stati Uniti di America è quella dei cosmetici. Questi sono meno adoperati in Europa, ma lo sono abbastanza per interessare non solo il dermatologo, ma anche il pratico generico.

A. Carleton (*British Medical Journal*, 10 giugno 1933) osserva che le prevenzioni d'ordine igienico che si hanno sui cosmetici sono forse esagerate. Sta di fatto che l'esperienza ha dimostrato che essi provocano effetti dannosi solo raramente, mentre sono per lo più innocui e talvolta anche benefici.

Un'analisi dei prodotti più comunemente usati prova come in genere le sostanze che entrano nella composizione dei cosmetici non possono riuscire dannose, e come uno sforzo continuo faccia l'industria per eliminare gli ingredienti nocivi.

Polveri. — Le ciprie consistono di una mistura di polveri vegetali e minerali, di sostanze coloranti e di profumo.

Le polveri vegetali sono: riso, frumento, farine varie, amido, acacia e gomma.

Quelle minerali sono: gesso, talco, caolino, carbonato di magnesio, nitrato o carbonato di bismuto e ossido di zinco. I colori possono essere di origine vegetale o derivati di anilina. Varii olii eterei sono adoperati come profumi, mentre il bulbo di iris è spesso adoperato per fissare i colori. La maggior parte di queste sostanze sono del tutto innocue; tanto che le stesse polveri incolori e non profumate sono usate nella pratica dermatologica.

La polvere più pericolosa, alla quale sono dovuti il maggior numero di casi finora registrati di avvelenamento, è quella di piombo. Tanto nella forma di acetato di piombo come in quella di carbonato sembra che questa polvere sia stata una cipria molto comune in passato, quantunque l'acetato di piombo sia così solubile, che un acquazzone può dissolverlo. Ma il suo pericolo è stato riconosciuto da molto tempo, e perciò non è adoperato più dalle ditte più accreditate.

In Germania è stato proibito da 40 anni.

Mayer riferisce che in Giappone le donne più povere ancora usano, come cipria, l'acetato di piombo puro, e i lattanti, aspirandolo dalla pelle della madre, subiscono un avvelenamento cronico.

Barron e Habein hanno osservato cinque casi di avvelenamento da piombo in una famiglia, con tre morti, due delle quali dovute a encefalopatia saturnina.

Solo le donne della famiglia erano avvelenate, perchè facevano uso certo di polveri a base di acetato di piombo.

Il bismuto è un'altra sostanza metallica per cipria che può essere nocivo se assorbito in quantità sufficiente.

Tuttle riferisce cinque casi di avvelenamento cronico dovuto ad un preparato insolubile di bismuto, contenuto in una cipria.

Eccetto il piombo e il bismuto, le ciprie, sembra non causino danno, tranne che agli individui che sono allergici o ipersensitivi.

Ad esempio, l'eosina che è usata come colorante di cipria, causa dermatiti in alcune persone, e il bulbo di iris non di rado provoca l'asma, la febbre del fieno e anche le dermatiti di natura allergica. Pure il riso, il frumento e la farina di grano sono stati denunziati come allergici.

Rossetti per le labbra. — Questi consistono in varie misture di paraffina, lanolina e spermaceti con una sostanza colorante. Essi non causano quasi mai irritazioni. I rari casi di irritazione delle labbra dipendono in genere dal colore e scompaiono di solito, cambiando rossetto.

Creme grasse. — Queste sono misture di grassi e acqua con o senza l'aggiunta di altri ingredienti. La qualità dipende dalla finezza dei grassi. Alcune creme per la faccia conten-

gono, però, piombo o mercurio in forma di precipitato bianco o di calomelano.

Woltman descrive un caso di avvelenamento cronico da piombo, dovuto all'uso per dodici anni di cosmetici.

Creme e pastelli contenenti percloruro di mercurio nella proporzione di 1 in 200, e precipitato bianco al 50 % sono raccomandati dai così detti « intenditori di bellezza », per imbiancare la pelle, mentre la formula dell'unguento precipitato bianco officiale è al 5 per cento.

Il loro uso continuo causa una pigmentazione facciale che è molto difficile togliere.

Goeckermann ricorda due di tali casi, che egli crede siano stati associati al sudore alcalino.

Egli presume che la normale acidità del sudore potrebbe spiegare la rarità di questo inconveniente.

Molti annunzi di cosmetici, oggi, insistono sulle proprietà radioattive della merce vantata.

Nella gran maggioranza dei casi, questo è fortunatamente un vanto fraudolento, perchè il radio e le altre sostanze radioattive riuscirebbero dannose.

Creme evanescenti. — Sono per lo più creme senza o con poco grasso, composte di stearato di potassio e di sodio con glicerina, mischiati a una piccola quantità di grasso e di acqua di rose o altro profumo. Tali creme possono contenere olio di mandorle, cera o gelatina. La caseina, un costituente occasionale delle creme evanescenti, può produrre reazioni allergiche.

Depilatori: il più comune costituente è il solfuro di bario, ma si usano anche il solfuro di calcio, di sodio, di stronzio o di magnesio. Pare che, generalmente, i depilatori siano innocui, ma nelle pelli delicate essi possono aumentare l'irritazione delle dermatiti localizzate.

Lozioni per far scomparire le rughe. — Queste sono lozioni astringenti e sono tanto innocue quanto inefficaci. Qualche anno fa furono in voga le iniezioni locali di paraffina. Tali iniezioni sono capaci talvolta di causare fibromi, con ostruzione linfatica, e edema locale. In ogni caso gli effetti estetici sono molto incerti. Il metodo è stato abbandonato.

Miller e Taussig descrivono i nefasti di un terzo metodo per far sparire le rughe. Questo consiste nel dipingere la faccia con una soluzione di fenolo al 65 %. Il giorno dopo si applicano strisce di nastro adesivo che viene staccato quarantotto ore dopo, assieme all'epidermide aderente. La crosta si separa in due o tre settimane e nella cicatrice che ne risulta le rughe non sono apparenti. In alcuni casi si produce l'impossibilità di chiudere le palpebre e le labbra.

Tinture per capelli. — Sono state divise in due gruppi: 1) Tinture vegetali, come l'Henna che non irrita, ma il cui uso frequente spezza il capello; 2) Tinture metalliche a base di argento, rame, mercurio, piombo, nikel, cobalto o bismuto. Il metallo si unisce al solfuro sui capelli e forma un deposito di solfuro metallico. Se queste tinture metalliche sono usate ripetutamente una certa quantità di metallo viene assorbito e produce sintomi di avvelenamento cronico, una conseguenza molto più seria delle dermatiti che possono apparire al momento dell'applicazione della tintura; 3) Composti di sali metallici e prodotti vegetali tali come l'acido pirogallico, sostanze potenzialmente tossiche ed irritanti; 4) I derivati di anilina, dei quali il più conosciuto è la parafenilendiamina.

Il vantaggio estetico di questa ultima sta nel fatto che essa penetra nel capello. È facilmente applicabile, dà una tinta durevole e può produrre una vastissima scala di colori. Per queste ragioni essa divenne rapidamente popolare. Ma non appena la sua popolarità fu assicurata si manifestò anche il suo pericolo.

La libera vendita di essa è ora proibita in Germania, Austria e in Francia. Questa tintura causa una dermatite molto grave e persistente, forse la più persistente delle dermatiti dovute a applicazioni esterne. Miller e Taussig citano un caso in cui le lesioni eczematose durarono sei mesi.

La tintura « para » non è soltanto un irritante della pelle ma può produrre sintomi nervosi e gastro-intestinali, e anche neuriti retrobulbari.

Sono stati registrati molti casi fatali. La sensibilità della tintura può essere provata anticipatamente con il metodo Sabouraud-Rousseau. Ma alcuni parrucchieri, forse per negligenza nell'applicazione o nell'osservazione del metodo, non son riusciti a scoprire le sensibilità e i risultati sono stati disastrosi.

Recentemente sono stati registrati numerosi casi di avvelenamento da « *inecto* », un preparato molto diffuso contenente parafenilendiamina.

Sfortunatamente la colorazione dei capelli non si limita all'applicazione nel procedimento di tinture. Prima bisogna togliere il grasso. Ciò si fa usualmente applicando una lozione alcalina, come la soda caustica o l'ammoniaca. Se la lozione alcalina è troppo forte, può produrre una dermatite del cuoio capelluto. Quando i capelli sono stati tinti altre volte o sono stati tinti male, è necessario talvolta togliere le sostanze coloranti con miscele decoloranti. Ciò può esser fatto con perossido di idrogeno, che non irrita, ma l'uso eccessivo può far male al capello e lo spezza.

Altre sostanze decoloranti sono l'acido ossalico, e acido idroclorico, il cui pericolo è enorme. Ma ancora più pericoloso è l'uso di cianuro di potassio.

Lozioni per capelli. — Sono stati di tanto in tanto registrati casi di dermatiti o di avvelenamenti cronici dovuti all'uso delle lozioni per

capelli. Le sostanze accusate di recare danno sono: il chinino, l'acido salicilico, e la resorcina. Esse mentre sono benefiche se adoperate in quantità ragionevole, possono causare dermatiti se adoperate con troppa frequenza e su individui sensibili.

Da quanto si è esposto risulta che l'uso di alcuni cosmetici può riuscire pericoloso. Sopra tutto dannose sono le tinture per capelli e quei procedimenti escogitati per ridare alla pelle la freschezza e la levigatezza, ed il colore, cancellati dall'età.

Ma ogni generalizzazione è esagerata.

L'industria produce ora polveri e creme che, a parte le rarissime eccezioni dovute a sensibilità speciali, sono del tutto innocue o anche vantaggiose.

Le ciprie che oggi si trovano in commercio sono generalmente senza alcun pericolo, e dato il basso prezzo dei loro costituenti non v'è alcuna probabilità di sostituzione fraudolenta.

Le creme ragionevolmente adoperate possono essere utili, specie in determinate condizioni, proteggendo la pelle dagli agenti irritanti esterni. Le persone a pelle secca si giovano particolarmente di tale pratica.

Per tutte le altre la pratica più sana e più conveniente rimane sempre il lavaggio con un buon sapone. *argo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

H. T. DEELEMANN. *Die Histopathologie der Uterusmucosa.* Edit. G. Thieme, Lipsia, 1933, 248 figure, pag. 248, M. 22.

È un vero e proprio Atlante di istografia della mucosa uterina, come risulta dal numero delle figure, uguale a quello delle pagine. Ed è un Atlante di magnifiche microfotografie, fra le più nitide possibili, che riproducono le più varie condizioni della mucosa uterina, nelle fasi gravidiche e puerperali, nello stato normale e patologico.

L'A. è un anatomopatologo che si è soprattutto dedicato a questo campo, vagliando ed illustrando con competenza quanto gli venne inviato dai colleghi ginecologi negli ultimi 10 anni; soprattutto ebbe la collaborazione del prof. Engelhand, Direttore della Clinica Ginecologica di Groninga.

Il testo è molto stringato. Accanto ai reperti istologici figurano riportate succinte notizie cliniche; ne viene una raccolta molto utile di orientamento diagnostico. Fra le parti più interessanti sono da segnalare quelle sulla mucosa uterina nell'aborto, nella mola vescicolare e nel corioepitelioma, ricchissima dei più differenti aspetti di queste per sè variabili entità; anche quelle sulle atipie e sulle neoplasie maligne sono riccamente illustrate.

Lo scopo dell'A. di offrire sia al patologo che al ginecologo una guida di orientamento istologico nel campo così bizzarro a volte e insidioso dell'endometrio, ci pare raggiunto in pieno.

L'edizione è bellissima; carta patinata, riproduzione perfetta delle figure, quasi tutte nitidissime. Un ultima osservazione: il prezzo è bassissimo, se si tiene conto della mole del volume, del numero delle illustrazioni e degli abituali prezzi dei testi di lingua tedesca. Il che potrà ancora più invogliare nell'acquisto.

p. g.

H. HARTMANN, *Gynécologie Opératoire.* IIème édit. Masson et C.ie, Paris, 1933, frs. 110.

Il trattato di ginecologia operativa di Hartmann ebbe già meritata fama nella sua prima lontana edizione e ricompare oggi, fondamentalmente immutato nelle linee generali, ma bene modernizzato circa i nuovi mezzi di terapia impostisi: così dicasi per la röntgen e curie terapia, per le operazioni sul simpatico pelvico, l'isterectomia vaginale allargata, ecc.

Molte figure sono state rinnovate (peccato che ne sia rimasta qualcuna, che ormai ci riesce poco... simpatica, soprattutto dopo che al riguardo siamo stati per così dire viziati delle grandi case editrici tedesche).

Un buon indice analitico facilita la ricerca. L'esposizione della materia è chiara, completa, per quanto sintetica, sopratutto nelle indicazioni.

L'edizione è ottima, come sempre quelle della casa Masson. È dunque nell'insieme un ottimo manuale, che avrà in questa rinnovata edizione un successo larghissimo e non solo francese.

p. g.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Seduta del 6 luglio 1933.

Presidente: Prof. Pio Bastai.

Un caso di cancro genitale coniugale.

Dott. V. Gonnelli. — Riferisce intorno ad un caso, capitato nell'Ospedale di San Giovanni di Dio, di cancro del pene in un uomo la cui moglie era morta di cancro dell'utero (cancer à deux).

Le prime manifestazioni del cancro della verga erano comparse circa 4 anni dopo gli ultimi rapporti avuti con la moglie già ammalata.

Si ritiene che il caso possa essere considerato favorevole alla teoria della contagiosità del cancro. Si mette in rilievo il periodo di latenza, 4 anni, constatato anche in altre osservazioni del genere (Giordano, Hartmann).

Amputazione della verga e guarigione persistente da 7 mesi.

Sopra un riflesso addomino-glicemico sperimentalmente dimostrato.

Prof. A. Montanari. — L'O. ha condotto una serie di esperienze nei conigli per studiare le variazioni glicemiche in rapporto ad uno stimolo addominale consistente in una serie di brusche ed energiche compressioni sulla regione epigastrica. Esso è giunto a questi risultati: la glicemia portale in confronto a quella aortica è stata relativamente più elevata che nelle esperienze controllo e ciò nel 100 % delle esperienze: lo stimolo ha determinato una tendenza all'aumento assoluto della glicemia portale e sopraepatica e alla diminuzione assoluta della glicemia aortica e periferica (vene dell'orecchio). L'O. discute poi il meccanismo di produzione di questo fenomeno e conclude che lo stimolo ha determinato un minore assorbimento di glucosio per parte del tubo gastro-enterico e una tendenza a un maggiore assorbimento per parte degli organi tributari delle cave (escluso il fegato) o dei polmoni, verosimilmente per uno stimolo del sistema nervoso vegetativo addominale che in via riflessa ha agito sulla funzione glicoregolatrice di certi tessuti.

Prof. A. Montanari. — *Ricerche sperimentali sulla azione esplicata dal fegato rispetto al potere del siero di sangue di ostacolare la reversione di emolisi da cloruro di sodio.*

I Segretari: Proff. L. Picchi e P. Niccolini.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Adunanza del 22 luglio 1933.

Seduta destinata alle Brucellosi.

Presidente: Prof. F. A. Foderà.

Le brucellosi e la vaccinoterapia endovenosa.

Prof. Giovanni Di Guglielmo. — Da una più larga esperienza, basata oramai su più di 130 casi di infezione brucellare trattati con la vaccinoterapia endovenosa, risultano confermate con maggior sicurezza l'*efficacia costante* del metodo (100 % di guarigioni) e la sua *innocuità assoluta* (in tutte le età, dai 4 ai 77 anni, e in tutte le con ittero infettivo. I sei malati sono tutti gua- condizioni, anche le più gravi, non escluse quelle con risentimento renale). La maggior parte dei casi richiedono un mese circa di cura con dosi massime di vaccino di 75 milioni di germi; bisogna però tener presente la possibilità di *cure brevissime* (2 o anche 1 iniezione con 5-10 milioni di germi) e quella di *cure prolungate* (un mese e mezzo, 12-13-14 iniezioni, dosi massime fino a 125 milioni di germi). Sono in corso ricerche sul meccanismo d'azione; qualunque possa esserne l'esito, resta stabilito che per l'infezione brucellare il metodo di cura è oramai acquisito in modo definitivo.

Prof. S. Fichera. — Riferisce sui buoni risultati ottenuti in nove casi di brucellosi con la vaccinoterapia endovenosa proposta dal prof. Di Guglielmo. Parla del dosaggio, della modalità della cura e delle reazioni termiche che si hanno alle singole iniezioni. Accenna ai quesiti che ancora rimangono da risolvere relativi alla durata della guarigione e alla possibilità di recidive. Avanza l'idea che il metodo potrà avere utili applicazioni profilattiche, specie per la sterilizzazione degli animali infetti e alla loro possibile immunizzazione contro possibili infezioni da brucella. Rileva infine la necessità della preparazione di un vaccino tipo, sempre costante nei suoi effetti terapeutici, prendendo punto di partenza dai lavori della scuola di Ascoli sulla preparazione di vaccini che al massimo potere immunizzante associano il minimo potere tossico.

Dott. R. Grasso. — L'O. riferisce su 20 casi di brucellosi trattati *ambulatoriamente* con la vaccinoterapia endovenosa. Di questi, 16 sono perfettamente guariti; 3 molto migliorati, sono in corso di trattamento; uno, anch'esso notevolmente migliorato, non si presentò in ambulatorio dopo la 4ª iniezione. Nella casistica riferita non si rinvennero controindicazioni alla cura, che durò da 12 giorni ad un mese e risultò da 2 a 7 *iniezioni efficaci* di vaccino.

Dott. R. Castorina. — L'O. riferisce tre casi di febbre di Malta curati nella pratica privata con il vaccino per via endovenosa. Nei primi due il risultato curativo è stato rapido e brillante usando una media di cinque iniezioni di vaccino; nel terzo il risultato è stato solo apparentemente negativo perchè l'O. è convinto che se l'inferma avesse permesso di raggiungere dosi più elevate di vaccino e di insistere nella cura, la guarigione completa e definitiva si sarebbe pure ottenuta.

Dott. F. Maugeri. — Riferisce su due casi di brucellosi nei quali l'infezione durava rispettivamente da due e da quattro mesi, durante i quali le varie cure praticate non avevano apportato alcun beneficio.

La cura vaccinica endovenosa in entrambi condusse a guarigione, rispettivamente con 1 e 3 iniezioni di vaccino.

Dott. S. Signorelli. — Espone i risultati ottenuti con la vaccinoterapia endovenosa in sei casi di brucellosi particolarmente gravi, precisamente in tre casi di broncopolmonite brucellare con compromissioni renali di varia entità, in un caso di brucellosi e polmonite franca, in un caso di brucellosi con grave porpora sintomatica ed in uno con ittero infettivo. I sei malati sono tutti guariti entro il mese dall'inizio della cura senza che le iniezioni endovenose di vaccino avessero mai presentato il minimo inconveniente.

L'O. fa il confronto di questi casi con altri tre portati in Clinica in condizioni gravissime e nei quali, non si potè tentare la cura perchè i pa-

renti allarmati dalla riservatezza della prognosi vollero subito riportarli a casa, dove gli ammalati venivano a morte. Da questi dati di fatto l'O. trae argomento per insistere sulla innocuità ed efficacia del metodo di cura e sulla necessità di ricorrere tempestivamente alla terapia specifica endovenosa in tutti i casi di brucellosi.

Dott. S. SIGNORELLI. — L'O. ha potuto confermare quanto era stato già visto da Bianchi e Cattaneo relativamente alla mancanza di reazione febbrile alle iniezioni endovenose di piccole dosi di vaccino antibrucellare negl'individui non affetti da brucellosi. Però in qualche caso la reazione si ha e quindi non si può dare a questa prova un vero valore diagnostico nei casi dubbi di brucellosi. Con piccole dosi di vaccino una netta reazione febbrile può mancare anche nei malati di brucellosi. L'O. espone quindi i caratteri di alcune reazioni tipiche in corso di terapia vaccinica endovenosa antibrucellare.

Dott. S. SIGNORELLI. — In un caso di brucellosi con spondilite già per nove mesi curato come malaria, non si riusciva ad ottenere la guarigione completa con una lunga terapia vaccinica endovenosa che anzi favoriva la formazione di una raccolta ossifluente nella fossa iliaca di destra. Isolato dal pus un melitococco se ne preparava il vaccino. Dopo la terza iniezione endovenosa di autovaccino l'ammalato era completamente sfebbrato e non accusava più alcun dolore in corrispondenza della lesione ossea.

Dott. P. MAGNO. — Descrive due casi di brucellosi, i quali, contrariamente a quanto si osserva comunemente, davano delle reazioni termiche alle iniezioni di vaccino soltanto fino ad un certo punto del corso della malattia, a partire dal quale tali reazioni andavano man mano diminuendo fino a scomparire.

Dott. M. CORDARO. — Studiando 28 casi l'O. è giunto ai seguenti risultati:

1) in tutti i casi di brucellosi esaminati, la V. S. ha presentato un acceleramento più o meno notevole;

2) la reazione febbrile al vaccino endovenoso è accompagnata da un aumento della V. S. la quale però, cessata la reazione, torna rapidamente ai valori di partenza;

3) durante il decorso della malattia e della cura, la V. S. si mantiene piuttosto stazionaria. Quando si è ottenuta l'apiressia, essa comincia a decrescere lentamente per raggiungere valori quasi normali in una diecina di giorni.

Prof. G. SORGE. — L'O. ha saggiato l'intradermoreazione alla « melitina » di Burnet, modificata da Lubois e Sollier (sostituzione dal brodo comune con brodo di placenta umana), in 25 ammalati di brucellosi e in 28 pazienti di altre affezioni varie. Ha registrato 24 risultati positivi nel primo gruppo (96 %) e 27 risultati negativi nel secondo (96,7 %).

In base a questi risultati, conclude per l'utilità pratica del metodo cutidiagnostico, che per i grandi vantaggi di comodità che presenta sulla sieroreazione di Wright sembra destinato a sostituirla, o quanto meno rappresenta un aiuto prezioso per i medici che non possano disporre dei conforti del laboratorio.

Dott. S. SIGNORELLI. — L'O. illustra un caso di meningo-encefalite brucellare primitiva con sieroagglutinazioni per melitense ripetutamente negativa ed in cui la diagnosi fu fatta in base al risultato della rachicultura che dava lo sviluppo di un micrococco del tipo brucella. L'autoceppo veniva debolmente agglutinato dal siero di sangue dello stesso malato mentre era fortemente agglutinabile con altri sieri specifici.

Dott. L. PONTONI. — Il mancato abituale pieno successo della terapia vaccinica endovenosa in un caso di cirrosi epatica e brucellosi serve all'A. come argomento per richiamare l'attenzione sull'importanza immunitaria della cellula epatica e del suo sinergismo con gli elementi reticolo-istiocitari, i quali, all'autopsia, non presentavano il consueto grado di attività loro propria nella melitense.

Dott. V. BONGIOVANNI. — Nel comune di Modica in tutto il 1932 erano stati denunziati 3 casi di brucellosi, mentre le denunzie salirono a 16 in gennaio 1933, 30 in febbraio, 14 in marzo. Furono sottoposti a controllo sierologico 87 animali lattiferi (7 vacche e 80 capre) di alcuni gruppi sospetti: l'inchiesta diede 48 risultati positivi (55,2 %) per i germi del gruppo brucella. Risultavano infette 5 vacche e 43 capre: 1 vacca e 3 capre agglutinavano la Br. melitensis, 1 vacca e 13 capre la Br. abortus, 16 capre la Br. paramelitensis, 3 vacche ed 8 capre ad eguale titolo la Br. melitensis e la Br. abortus, 2 capre la Br. melitensis e la Br. paramelitensis, 2 capre la Br. abortus e la Br. paramelitensis. Altri 28 animali lattiferi infetti furono riconosciuti in un'ulteriore indagine più estesa eseguita dalla Stazione Zooprofilattica per la Sicilia. L'O. discute i metodi zoofilattici e riassume le provvidenze legislative di cui dispongono nei casi del genere le Autorità preposte alla vigilanza. Nel caso in ispecie, il sequestro e l'isolamento degli animali infetti bastarono a soffocare prontamente l'epidemia.

Il Segretario: Prof. G. DI MACCO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

I vasi retinici nell'ipertensione arteriosa.

È nota la grande importanza che ha l'esame del fondo dell'occhio in medicina generale che costituisce una vera spia dello stato vasale dell'intero organismo; tale esame non dovrebbe essere mai trascurato dal clinico, specialmente negli stati ipertensivi.

R. Scotti Douglas (*Cuore e circolazione*, maggio-giugno 1933) tratta a fondo tale argomento sulla base di 260 osservazioni personali in pazienti affetti da ipertensione arteriosa. Egli distingue quattro quadri oftalmoscopici:

1) Arteriospasmo, con arterie sottilissime e grosse vene turgide, che si riscontra con maggiore frequenza nell'ipertensione essenziale.

2) Angiospasmo generalizzato, con aspetto filiforme di tutti i vasi retinici; si osserva particolarmente negli ipertesi con palese ed importante alterata funzionalità renale.

3) Arteriosclerosi retinica, che può essere considerata come esito locale dei due primi quadri od osservarsi come quadro autoctono in individui arteriosclerotici, generalmente ipertesi. A questo tipo di alterazioni del fondo oculare va anche unito uno speciale aspetto detto *retino-malacia arteriosclerotica*. Esiste una certa interdipendenza fra arteriosclerosi retinica e fatti emorragici o trombotici cerebrali, nel senso che il 30 % dei malati con arteriosclerosi retinica aveva le dette lesioni cerebrali. Considerando anche le lesioni arteriosclerotiche cardio-aortiche, la proporzione sale al 50 %.

4) La neuroretinite, che può insorgere nel corso dell'ipertensione essenziale (quando questa col peggiorare porta ad un aggravamento dell'angiopatia che ne è la base) e nel corso delle lesioni renali vere e proprie quando l'angiospasmo da tossicosi conduce a lesioni asfittiche nei delicati tessuti retinici.

I fondi oculari normali osservati dall'A. negli ipertesi furono 20 su 260 (7,7 %). Esiste quindi una stretta connessione fra ipertensione, o meglio, fra le cause vascolari che l'hanno prodotta e le lesioni più o meno gravi del fondo retinico. *fil.*

CASISTICA.

Tubercolosi polmonare e dilatazioni dei bronchi.

Secondo Dufourt e Etienne-Martin (*Le Journal de Médec. de Lyon*, n. 318, 1933) la tecnica dell'esplorazione al lipiodol, fa oggidì ammettere la frequente presenza nei tubercolosi di bronchiettasie variate. Sappiamo che esistono varietà cilindriche e varietà ampollari delle dilatazioni stesse: da molti fu ammesso che le dilatazioni ampollari fossero opera esclusiva della sifilide, ora però oltre alla sifilide bisogna ammettere come causa di sclerosi altre malattie ed in prima linea la tubercolosi. Come già aveva fatto notare Grancher, le bronchiettasie tubercolari sono in rapporto con una lesione distruttiva della parete bronchiale o con un processo sclerogeno esercitante sulla parete un'attrazione centrifuga. In alcuni casi, ad esempio in cavitari, nei quali si scoprono grandi bronchiettasie sottostanti alle caverne, la dilatazione sembra provenire da processi misti nei quali, in uno con le cause strettamente tubercolari, intervengono il ristagno delle secrezioni delle caverne ed un elemento infiammatorio banale.

Le bronchiettasie si incontrano:

1. nel bambino, come seguito di lesione sclerosa della prima infezione. Ne sono inoltre state segnalate in alcuni casi di tubercolosi fibrocaseosa o fibrosa, appartenenti al periodo terziario.

2. nell'adulto, nei casi seguenti:

a) tubercolosi fibrocaseosa. Rare nelle forme acute, le dilatazioni sembrano essere relativamente frequenti nelle forme croniche, con marcata reazione fibrosa. Esse sono localizzate e assumono ordinariamente il tipo cilindrico o moniliforme.

b) tubercolosi fibrosa; è la principale causa. Ed anche qui bisogna distinguere le bronchiettasie delle sclerosi consecutive alle spleno- e pleuropolmoniti, delle sclerosi postpleuritiche, delle tubercolosi sclerose dense e lobiti ulcero fibrose, delle sclerosi consecutive al fibrotorace del Forlanini.

C'è infine da domandarsi se, come sembra testimoniarlo la inoculazione nelle cavie, molte sclerosi lente, di apparenza banali per la loro etiologia, ed accompagnantesi con bronchiettasie, non dipendano dalla tubercolosi. Le dilatazioni delle tubercolosi fibrose sono generalmente del tipo cilindrico, talora del tipo ampollare. Sono talora diffuse e di grandi dimensioni. MONTELEONE.

Bronchiettasia secca.

Solo dopo che Sicard e Forestier esplorarono l'albero respiratorio radiologicamente col lipiodol la diagnosi di bronchiettasia si è potuta fare clinicamente in modo sicuro.

I bronchi possono essere dilatati anche senza che ci sia espettorazione. Pochi casi sono stati pubblicati finora. C. Wall e J. Clifford Hoyle (*Brit. Medic. Journ.*, 8 aprile 1933) ne videro 20 casi.

Dall'esame di essi risulta che nell'*anamnesi* c'era 8 volte morbillo nell'infanzia, 11 volte tosse convulsa, 13 volte bronchite o broncopolmonite. Solo in 3 casi non c'erano precedenti di questo genere.

Tra i *sintomi* il più comune è l'emottisi, secondo alcuni, non però secondo gli AA., per i quali più comune è la tosse. Alcune volte si hanno dolori toracici, spesso si ha dispnea. Al torace si ha per lo più ottusità con crepitazione o altri rumori (soffio, respiro granuloso, sfregamenti). Solo in un caso c'erano segni di cavità. I sintomi toracici erano sempre basali, ad eccezione di tre casi.

I due sessi sono ugualmente colpiti. L'inizio e il decorso della malattia sono insidiosi.

Per quanto riguarda l'etiologia gli AA. non videro fra i loro casi nessuno del tipo congenito. Secondo loro la causa va cercata nella dilatazione bronchiale da sforzi inspiratori.

La prognosi dipende dalla possibile infezione e dalle possibili emottisi. La guarigione è possibile; in alcuni casi però va discussa la possibilità di fare una lobectomia.

R. LUSENA.

Le grandi cisti gassose dei polmoni nell'infanzia.

W. Auspach e I. Wolman (*Surg. Gyn. Obst.*, marzo 1933) ricordano che sommano a circa 154 i tumori cistici dei polmoni, ma quelli a contenuto aereo sono rari. Essi sono congeniti giacchè si osservano o nei primi mesi di vita o al più nell'infanzia. In genere presuppongono l'esistenza di un tumore cistico a contenuto liquido che poi si svuota per la via bronchiale, riempiendosi di aria. L'apertura coi bronchi, per lo più stretta, può restare beante ed è il caso più favorevole. La cavità si può allora obliterare lentamente in modo spontaneo. Altre volte invece si chiude e la cavità rimane generalmente immutata per vario tempo salvo che non sopravvengano complicazioni di infezioni. Infine si hanno casi di chiusura a valvola, allora la pressione interna cresce continuamente e può per la compressione esercitata sui grossi vasi vicini causare la morte dei piccoli bambini.

Per la diagnosi differenziale si debbono tenere presenti i casi di pneumotorace circoscritto che però sono fattori del parenchima polmonare mentre le cisti ne sono circondate.

La cura è spesso ardua per l'alta mortalità che si ha in questi piccoli pazienti. Il procedimento migliore è di aprire e drenare all'esterno.

GHIRON.

TERAPIA.

Il trattamento dell'ipertricosi femminile.

La cura dell'ipertricosi locale costituisce uno dei compiti più ingrati della cosmetica medica. I depilatori chimici e la rasatura hanno soltanto un effetto transitorio ed, eccitando la pelle, aumentano la tendenza all'accrescimento dei peli. Secondo M. Gumpert (*Medizinische Welt*, 21 genn. 1933) i procedimenti di cui oggi disponiamo sono l'epilazione röntgenologica, l'elettrolisi e la diatermia. L'A. mette in guardia contro la prima, in quanto che la dose tossica è troppo vicina a quella terapeutica e se ne hanno spesso delle spiacevoli conseguenze, quali la formazione di telangectasie ed, anche dopo anni, di atrofie irreparabili di alto grado, che costituiscono un serio disturbo.

L'elettrolisi è, oggi, passata in seconda linea in confronto della diatermia che agisce più rapidamente e senza dolore. Ma anche la diatermia non può essere considerata come una soluzione soddisfacente del problema. Essa va bene per fare scomparire alcuni pochi peli duri specialmente al mento. Ma se l'ipertricosi è molto estesa, tale procedimento costituisce una prova di pazienza per il medico ed il paziente. Con mani molto esercitate, si possono evitare delle cicatrici, che spesso si vedono come conseguenza di tale trattamento e ciò almeno per il mento; ma per il labbro superiore rimangono spesso, nonostante la massima cura, delle cicatrici puntiformi. Se si esagera nella cautela, cresce anche il numero dei peli recidivanti. I profani, poi, non apprezzano in giusta misura il numero dei peli che spesso è di parecchie centinaia; in una seduta se ne possono trattare al massimo cinquanta, andando all'estremo limite della pazienza del medico e della tolleranza del paziente.

L'A., pertanto, consiglia la diatermia per l'allontanamento dei peli più visibili (al mento ed agli angoli della bocca) e, per gli altri, un unguento ad alto contenuto di perossido che, applicato a lungo e se bene sopportato, sembra danneggiare il pelo.

Per le donne giovani, se non vi è una netta predisposizione ereditaria, è consigliabile un attento esame ginecologico e generale, che può spesso rivelare l'esistenza di disturbi endocrini, contro i quali però non abbiamo armi sicuramente efficaci. L'A. ritiene inoltre che i massaggi del viso favoriscano la tendenza all'ipertricosi.

fil.

Per la pelle seborroica.

Gougerot consiglia di praticare dei massaggi, di estrarre i comedoni 1-2 volte la settimana e di lavare la cute con acqua calda boratata.

Alla sera, applicare la pomata seguente:

Solfo precipitato lavato .	g. 5
Alcool canforato . . .	g. 10
Acqua distillata	g. 50
Glicerina neutra . . .	g. 5
Cloruro di sodio	
Resorcina	ana cg. 50

Al mattino, lavare con acqua calda e lozioni con alcool canforato o con la miscela seguente:

Etere solforico canforato	
Borace	ana g. 15
Acqua distillata . .	g. 300

Filtrare.

Asciugare ed applicare una polvere di riso allo solfo:

Carbonato di magnesio
Amido . . . . . ana g. 25
Borato di sodio . . g. 2,5
Solfo precipitato . . g. 5
Acido salicilico. . . cg. 50

Di giorno, se la pelle è rilucente, sgrassarla con il liquore di Hoffmann puro con aggiunta di acqua di rose (dal 10 al 40 %).

Nel prurito anale.

Riconosce varie cause: metrite, emorroidi, parassiti intestinali (ossiuri), una suppurazione anale, delle escoriazioni, una eczematizzazione secondaria; talvolta dei disturbi intestinali con scariche frequenti. Si può manifestare al periodo della menopausa, nel diabete, in individui con azotemia superiore alla normale.

Come terapia, E. Bensaude, M. Hamburger e P. Chène (*Journ. des praticiens*, 7 genn. 1933) consigliano di combattere anzitutto il nervosismo con l'igiene generale, l'idroterapia, il riposo, il regime alimentare non troppo ristretto come quantità, la soppressione del caffè, tè, cioccolato, alcoolici, conserve, selvaggina, legumi acidi; riduzione della quantità di pane, cura dei disturbi digestivi.

Come calmanti: proibire l'aspirina, l'antipirina e gli oppiacei; utilizzare i bromuri, la valeriana, la passiflora, il gardenal. Ai calmanti, sono preferibili però i tonici: preparati di fosforo, adrenalina (antagonista della caffeina).

Localmente: proibire le lavature con acqua e sapone, pulire l'ano ed il perineo con olio di mandorle dolci; talvolta si è manifestato utile l'alcool jodato.

Se esistono lesioni cutanee; toccamenti con acqua di Alibour, applicazione della crema di Alibour; se vi è eczematizzazione, linimento oleo-calcare e toccamenti con nitrato d'argento.

Lozioni calde con « coaltar saponiné » (è composto con catrame di litantrace p. 1 e tintura di quillaja all'1/5, p. 4);: asciugare e spolverare con talco.

Se il prurito persiste, iniettare nel cellulare sottocutaneo della regione perianale 1-2 cmc. della soluzione seguente: Benzoato di benzocaina; Alcool fenilmetilico, ana g. 5; Olio di mandorle dolci g. 90. Un'iniezione ogni 3-4 giorni; azione sedativa immediata e prolungantesi.

Agiscono male le pomate alla cocaina, meglio quelle al mentolo e canfora, come la seguente: Mentol, Canfora ana cg. 40; Ittiolo g. 2; Ossido di zinco, Lanolina, ana g. 12; Vaselina g. 16.

Utili le correnti ad alta frequenza, eccellente la radioterapia, sconsigliabili gli interventi chirurgici.

fil.

L'istamina nel trattamento del prurito.

A. C. Ernstens e B. M. Banks (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 4 febbr. 1933) hanno trattato con due iniezioni giornaliere di mg. 0,5 di istamina 6 pazienti con prurito associato ad orticaria ed altri 7 in cui il prurito era dovuto ad altre condizioni (durata del trattamento da 1 a 25 giorni).

In 3 dei pazienti con orticaria, si ebbe un pronto effetto benefico che per uno fu duraturo, mentre per gli altri due si ebbe una recidiva.

Degli altri 7 pazienti senza orticaria, se ne ebbero 4 migliorati. In una donna con prurito della vulva che durava da tre anni si ottenne praticamente la guarigione (con 8 giorni di trattamento); così pure in un paziente con prurito della regione crurale di origine indeterminata (in tre settimane di trattamento); un parziale sollievo si ebbe in un caso di dermatite generalizzata ed in un altro con kraurosis della vulva. Nessun beneficio si ebbe invece negli altri 3 casi (prurito anale).

Nessun beneficio si ottenne con il tartrato di ergotamina somministrato per bocca a dosi di 1 mg., 3 volte al giorno.

L'iniezione di 0,5 mg. di istamina determina flussione della faccia e del collo, cefalea transitoria e talvolta delle palpitazioni che durano pochi minuti. Tutti i pazienti vennero tenuti in letto per un'ora dopo l'iniezione.

fil.

Trattamento delle ustioni con l'acido tannico.

R. Leriche e A. Jung (*Lyon Chirurg.*, n. 2, 1933) in base alla loro esperienza si dichiarano molto favorevoli al trattamento delle ustioni secodo il metodo di Davidson, e cioè della medicazione all'acido tannico in soluz. al 2,5 %. Ricordano come sia buona norma cambiare il meno possibile il materiale della prima medicatura, mentre raccomandano di inumidire questo ogni 2-3 h. con la soluz. tannica sopra accennata.

Riportano un caso di ustione di secondo grado molto esteso in cui la guarigione fu ottenuta con tale trattamento dopo 40 giorni, mentre con gli altri processi avrebbe impiegato da 5-6 mesi.

R. Grasso.

IGIENE.

I pericoli delle stoviglie in ferro smaltato.

Si sono avuti in Inghilterra tre casi di avvelenamento collettivo in seguito all'ingestione di limonate preparate in recipienti di ferro smaltato. La prima si verificò a Newcastle-on-Tyne, dove una ditta decise di fornire ai propri dipendenti delle bibite rinfrescanti durante la stagione calda, preparate con una soluzione di acido tartarico, che si lasciava

per una nottata in un recipiente di ferro smaltato. Ne usarono una settantina di individui, e quasi tutti ebbero disturbi che per 56 di essi furono tanto forti da rendere necessario l'invio all'ospedale.

Un altro avvelenamento si ebbe a Folkestone ad una riunione di 120 persone, per le quali si era preparato un rinfresco costituito da una limonata fatta con fette di limone messe in caraffe di ferro smaltato. Dopo mezz'ora circa, 25-30 persone ebbero disturbi di varia gravità.

Un terzo avvelenamento si ebbe in un grande ospedale di Londra dove 65 su 70 delle infermiere che per la festa di Natale bevvero della limonata preparata in recipienti di ferro smaltato ebbero vomiti acuti seguiti in parecchi casi da collasso.

La causa di tali avvelenamenti va ricercata nell'ossido di antimonio usato come opacificante nella smaltatura invece dell'ossido di stagno che è più caro. Gli acidi — tartarico o citrico — disciolgono l'antimonio e si forma del tartrato o citrato di antimonio e potassio (tartaro stibiato) che provoca i sintomi di avvelenamento. Nel primo caso, si trovò che un bicchierone della bibita conteneva 9 centigrammi di tartrato di antimonio e potassio. Nel secondo, lo smalto del recipiente conteneva il 9 % di ossido di antimonio; il curioso è che tali recipienti venivano venduti con la dichiarazione che si trattava di oggetti perfettamente sicuri e privi di ogni sostanza nociva.

Siccome a quanto sembra (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 25 aprile 1933) l'uso dell'antimonio invece dello stagno diventa comune, è opportuno che si conosca la possibilità di tali avvelenamenti per prevenirli e per riconoscerli a tempo. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

L'accesso febbrile nell'uomo.

E. Delcourt-Bernard (*Rev. Belge des Sc. Méd.*, aprile 1933) ha studiato le modificazioni della termogenesi e le sorgenti di queste modificazioni tanto nel corso dell'accesso febbrile con brivido che nel corso dell'accesso senza brivido, pervenendo alle conclusioni seguenti:

1) L'aumento della termogenesi nel corso dell'accesso febbrile si fa a spese dei grassi;

2) Questo aumento, che è del 70 % in media, è uguale vi sia o non vi sia brivido;

3) Il metabolismo dei glucidi aumenta solo se vi è contrazione muscolare ed in proporzione con essa;

4) Nel corso dell'accesso febbrile senza brivido, si constata una diminuzione della combustione dei glucidi, in media del 53 %;

5) Il metabolismo azotato subisce, nel corso dell'accesso febbrile (con o senza brivido) delle variazioni dell'ordine di ± 30 % circa. Queste variazioni possono prodursi nei due sensi: aumento o diminuzione della perdita azotata;

6) La parte proteica propriamente detta ha un comportamento incerto e potrebbe in certa misura essere in relazione con la contrazione muscolare;

7) Non sembra che i proteidi abbiano una importanza analoga a quella dei grassi e dei glucidi. Essi non sembra che costituiscano, come questi ultimi, un alimento principalmente energetico. Essi intervengono indirettamente ed in modo variabile. C. TOSCANO.

VARIA.

Club medico automobilistico in Czecoslovacchia.

È stato costituito sotto il nome di « Aesculapius »; ne fanno parte circa 800 membri. Questi hanno diritto ad usare, per le loro automobili, un distintivo il quale assicura loro dei privilegi, ma impone loro anche degli obblighi. Il distintivo consiste in una targa con una croce rossa e un serpente d'oro su campo azzurro. Va collocato sia avanti che dietro le vetture. Quando il medico non è in servizio, il doppio distintivo va coperto. All'uso del distintivo è inerente l'obbligo di portare sulla vettura una cassetta di pronto soccorso.

I privilegi inerenti a tale uso, consistono nella precedenza data alle automobili che ne sono fornite e nell'autorizzazione a sostare in località dove il parco è vietato alle altre vetture. Per gli iscritti al circolo si è ottenuta anche una riduzione di tassa.

Sull'esempio della Czecoslovacchia, si sono costituite analoghe società in altre Nazioni dell'Europa centrale. È ora in corso un'intesa per addivenire ad una Federazione internazionale, allo scopo precipuo di ridurre le restrizioni frapposte ai passaggi di frontiera, esonerando dai passaporti.

Il club ha promosso la propaganda per il pronto soccorso tra gli automobilisti.

Ha preso deliberazioni riguardanti l'organizzazione dei posti stradali di pronto soccorso e i problemi tecnici relativi all'organizzazione del pronto soccorso, nonchè alle modalità con cui questo va attuato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

La nuova legge per il coordinamento e l'integrazione delle norme dirette a diminuire le cause della malaria.

La « Gazzetta Ufficiale », n. 169, del 22 luglio 1933, ha pubblicato la legge 22 giugno 1933, n. 851, sul *Coordinamento e integrazione delle norme dirette a diminuire le cause della malaria*. Questa legge, come la *legge Mussolini* e le recenti *nuove norme per la bonifica integrale*, approvate con R. Decreto 13 febbraio 1933, n. 215 *, rappresenta un notevole perfezionamento della nostra complessa legislazione antimalarica e provvede ad assicurare una più efficace tutela sanitaria delle schiere di lavoratori che, in conseguenza del gigantesco impulso dato dal Governo Fascista alle grandi imprese di bonifica, combattono la buona battaglia per conquistare nuove terre all'agricoltura, redimendole dal triste retaggio della malaria.

In confronto alle precedenti disposizioni, la legge porta alcune innovazioni sostanziali che meritano di essere brevemente illustrate.

Mantenendo ferma la dichiarazione di *zona malarica*, è resa obbligatoria in ciascuna provincia avente zone malariche la costituzione di un *Comitato provinciale per la lotta antimalarica*, presieduto dal preside della provincia, col compito di combattere la malaria, sia con iniziative ed attività proprie, sia coordinando l'azione degli altri enti.

Nelle zone malariche la *somministrazione gratuita del chinino dello Stato* è estesa a tutti gli operai e coloni ed alle loro famiglie, nonchè agli impiegati, e loro famiglie, che percepiscano uno stipendio non superiore alle lire ottocento mensili. Oltre che il chinino, è fatto obbligo di fornire i *medicinali sussidiari*, che saranno designati dal Consiglio superiore di Sanità, per tutta la durata del trattamento preventivo e curativo della infezione malarica, secondo le proposte del medico provinciale.

La *spesa per la fornitura del chinino e dei medicinali sussidiari*, fatta dall'Amministrazione provinciale, *è ripartita fra tutti i proprietari di terreni e fabbricati della provincia*, mediante un contributo in aggiunta alla sovraimposta provinciale.

Questa importante innovazione nella ripartizione della cosidetta tassa-chinino viene incontro al desiderio manifestato più volte dai proprietari di terreni malarici, i quali sinora erano i soli colpiti dalla tassa, e corrisponde ad un criterio di equità in quanto, allargandone la base imponibile, rende l'imposta meno gravosa sopratutto per la proprietà fondiaria scarsamente redditizia, come è quella posta in zone malariche.

Gli operai e coloni addetti a lavori in comprensori di bonifica integrale e di miglioramento fondiario od a pubblici lavori in zone malariche, e le rispettive famiglie, oltre che al chinino ed ai medicinali sussidiari, hanno diritto, a carico del datore di lavoro, all'assistenza medica, a domicilio od in ambulatorio e, se è necessario, al *ricovero in ospedali* o in appositi istituti di cura.

È evidente come questa disposizione costituisca un efficacissimo completamento delle disposizioni precedentemente in vigore, in quanto aggiunge le cure ospedaliere alle altre forme assistenziali a favore dei lavoratori malarici.

Anche a bonifica ultimata, se persistono le condizioni di malaricità, la provincia non solo ha facoltà, ma, ove occorra, può essere obbligata ad integrare i servizi di assistenza e profilassi antimalarica.

Nelle zone di bonifica e di miglioramento fondiario, questi servizi, sotto le direttive del Ministero dell'Interno, possono essere affidati alle Amministrazioni provinciali o ad altri enti particolarmente attrezzati allo scopo, che li attuano mediante contributi dei concessionari dell'impresa, del Ministero dell'Interno, del Commissariato per le migrazioni e per la colonizzazione interna, ed eventualmente di altri enti.

È frequente il caso di lavoratori che, contratta la malattia, lascino la zona malarica per tornare nel proprio Comune indenne da malaria, il quale non è attrezzato per assisterli convenientemente; in pratica questi lavoratori restavano ora privi della assistenza curativa necessaria per ottenere la guarigione radicale dell'infezione. La nuova legge impone al Comune di residenza, anche se non compreso in zona malarica, di prestare ai malarici l'assistenza medica gratuita e di somministrare loro *il chinino ed i medicinali sussidiari, per almeno sei mesi* dal giorno in cui hanno abbandonato i luoghi di lavoro.

Nelle zone malariche è confermato l'obbligo della difesa dalla penetrazione degli insetti aerei dei locali di abitazione e ricovero del personale della finanza, di quello addetto alle strade, alle ferrovie, ai pubblici lavori ed alle bonifiche. Tale obbligo può essere esteso, dal prefetto, anche ai privati, per le abitazioni ed i locali di ricovero temporaneo di operai e contadini.

Speciali facoltà sono attribuite ai prefetti perchè provvedano a vietare la formazione di ristagni o ad eliminare quelli esistenti e perchè dispongano l'applicazione di interventi antianofelici per la difesa di centri od aggregati di abitazioni. La concessione delle licenze per apertura di cave di prestito è pure devoluta ai prefetti e subordinata all'osservanza di cautele dirette ad evitare i ristagni d'acqua o gli avvallamenti di terreno non dotati di facile scolo.

La nuova legge, che garantisce, come si è visto, larghe provvidenze assistenziali in favore dei lavoratori, risolve anche la dibattuta questione della *malaria-infortunio*, in quanto esclude dai casi di infortunio per lesione violenta in occasione di lavoro l'evento dannoso dell'infezione malarica. Con ciò si evita la possibilità che i lavoratori, per un

(*) V. Policlinico, Sez. prat., n. 21 del 22 maggio u. s.

malinteso interesse pecuniario, tendano a sottrarsi alle misure di profilassi e di cura antimalarica.

Per i casi di morte per febbre perniciosa sono tuttavia stabilite, a favore delle famiglie, speciali indennità a carico dell'istituto presso cui i lavoratori deceduti erano assicurati. Quando risulti che sia mancata sul posto l'assistenza sanitaria del malarico morto per perniciosa, è prevista anche un'indennità a carico dell'appaltatore o concessionario dei lavori.

Infine la legge sancisce le penalità per gli inadempienti agli obblighi in essa prescritti. Entro sei mesi verrà emanato il regolamento esecutivo.

A. FRANCHETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBISSOLA MARINA (*Savona*). — Scad. 30 sett.; L. 7200 e 10 bienni ventes., assegno addizionale L. 500, c.-v.

AVEZZANO (*Aquila*). *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola*. — Scad. 30 sett.; aiuto chirurgo; L. 5500; riduz. 12 %; tassa L. 50; per altre condizioni chied. annunzio.

BRANZI (*Bergamo*). — Per titoli. Condotta consorziale dei Comuni di Branzi, Carona, Valleve, Foppolo e Isola di Fondra. Stipendio annuo lire 10.000 con aumento di un decimo per ogni quinquennio e per cinque quinquenni consecutivi. Indennità di L. 570 per le funzioni di Ufficiale Sanitario; L. 4500 per mezzi di trasporto; L. 400 per spese di ambulatorio; L. 5 o L. 2 di quota annua capitaria per ogni inscritto nell'elenco aventi diritto rispettivamente alla sola assistenza sanitaria gratuita o all'assistenza sanitaria e farmaceutica gratuita. Caro viveri nella misura corrisposta dallo Stato ai propri dipendenti. Lo stipendio e le indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute per contributi a favore della Cassa Previdenza per i Sanitari, dell'I.N.I.E.L. di Roma e del Collegio Orfani Sanitari in Perugia, nonchè a quelle di R. M. e I. C. Le domande, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale del Capo Consorzio, debbono pervenire alla Segreteria di Branzi non oltre le ore diciotto del quindici ottobre 1933-XI.

BRESCIA. *Municipio*. — A tutto il 15 novembre 1933-XII è aperto il concorso a due posti di medico condotto suburbano. Stipendio iniziale lire 9000; cinque aumenti quadriennali di L. 1000; indennità di servizio attivo L. 1200; indennità trasferta L. 1500; indennità ambulatorio L. 800; indennità caro viveri di legge, il tutto a lordo delle trattenute di legge e della riduzione del 12 %. Per schiarimenti rivolgersi alla Divisione Municipale della Sanità di Brescia.

BRESSANONE (*Bolzano*). — Proroga 30 sett.; lire 6800 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2600 indenn. alloggio; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 30 mag.; tassa L. 50. Conoscenza lingua italiana. In corso d'approvaz. indennità trasp. lire 2000-2500.

CANTÙ. — V. COMO.

CASALE MONFERRATO (*Alessandria*). — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario. Scadenza 30 novembre 1933-XII. Stipendio lordo L. 13.500, con aumenti biennali di un ventesimo, oltre indennità servizio attivo e caro viveri, nonchè compensi per le prestazioni private. Domande e documenti alla R. Prefettura di Alessandria. Richiedere copia dell'avviso al Comune di Casale Monferrato.

CASTELNUOVO GARFAGNANA (*Lucca*). — Scad. 15 dic.; 2 condotte; L. 9000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 2000 trasporto; addizionale L. 20 per famiglia povera eccedente il n. di 120.

CENATE D'ARGON (*Bergamo*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 723,70 uff. san., L. 2000 trasp., L. 300 ambulat., L. 2 e L. 5 addizionali per tutti gl'iscritti, c.-v.

CHIAVARI (*Genova*). — Scad. 60 giorni dal 22 lug.; condotta urbana; esami; L. 7200 e 10 bienni ventes., oltre L. 300 bicicl.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 22 lug.

COLLAGNA (*Reggio Em.*). — Scad. 20 ott.; con Busana; L. 8000 oltre indenn. categoria L. 3000, L. 2000 pel consorzio, L. 3000 trasp., c.-v. L. 1200; fino a consumazione complessiva di L. 17.000.

COMO. *R. Prefettura*. — Scad. 15 ott., ore 18; uff. san. di Cantù; L. 15.000 oltre L. 3000 serv. att. e L. 2400 trasp., 3 aumenti di L. 1000; divieto libero esercizio; titoli ed esami; età lim. 45 a.; tassa L. 50,20 alla Tesoreria comunale; doc. a 3 mesi dal 15 ag.

DIGABICCE (*Pesaro*). — Scad. 30 sett.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 300 uff. san.

FANO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 90 giorni dal 10 ag.; residenza Fenile; L. 8300 oltre L. 3000 cavalc. o automob. o motocicl.; c.-v.; 10 bienni ventes.; addizion. L. 2 oltre 300 pov. e L. 3 oltre 1000; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 ag. Chied. annunzio.

FORMELLO (*Roma*). — Scad. 30 sett.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., L. 804 uff. san., L. 2112 c.-v., L. 1672 arm. farm., addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

FOSCIANDORA (*Lucca*). — Scad. 15 sett.; L. 10.000, oltre L. 1000 cavalc., L. 840 se c.-v., L. 600 se uff. san.

GALLARATE (*Varese*). — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario e capo dell'Ufficio d'Igiene. Stipendio iniziale L. 16.000 al lordo di R. M. e del contributo Cassa Pensioni Sanitari, con 5 aumenti quadriennali del decimo. Indennità di servizio attivo L. 3000 al lordo di R. M. non valutabile per la pensione, oltre L. 2000 per indennità varie di trasferte nel territorio del Comune. Stipendio e indennità sono soggette alla riduzione del 12 % ed alle trattenute di legge. È inibito il libero esercizio professionale. Le domande e i documenti, l'elenco dei quali con le altre formalità e modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Comune di Gallarate, debbono pervenire alla predetta Segreteria non oltre il 15 ottobre 1933-XI.

GUALDO (*Macerata*). — Scad. 31 ag.; L. 9000 oltre L. 1000-2500 trasp., c.-v.; età lim. 40 a.

GUALTIERI (*Reggio Em.*). — Scad. 30 ott.; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. categoria, L. 3000 trasp. con cavallo o automobile, c.-v.

IMPERIA. *Amministrazione Provinciale*. — Scad. 31 ag.; concorso a due posti di secondo assistente medico presso l'Istituto Elioterapico Vittorio Emanuele III, indetto dal Consorzio Provinc. Antitu-

bercolare di Bussano di San Remo. Rivolgersi alla Segreteria del Consorzio, presso l'Amministrazione Provinciale.

Legnago (*Verona*). — Scad. 30 sett.; uff. san. consorz. (14 Comuni); L. 18.000; riduz. 12 %; lire 5000 trasp.; età lim. 45 a. al 5 agosto; tassa L. 50.

Mede (*Pavia*). *Congregazione di Carità*. — Per titoli. Posto di Medico Direttore dell'Ospedale S. Martino. Scadenza 30 novembre 1933. Stipendio L. 14.000. Diritti accessori L. 1400 e L. 1600 al 5° e 10° anno di servizio. Compartecipazione proventi visite ed atti operativi. Indennità temporanea L. 2000 per Direzione ambulatorio antitubercolare. Per chiarimenti circa limiti d'età, titoli di studio richiesti, rivolgersi all'Amministrazione Ospitaliera.

Milano. *Cassa Soccorso dell'A. T. M.* (*Istituto Medico Chirurgico XXVIII Ottobre*). — Concorso per titoli ai posti di: un Primario Pediatrico, un Aiuto di Chirurgia, un Aiuto di Ostetricia e Ginecologia, un Aiuto di Medicina, quattro Assistenti in Medicina e Chirurgia, un Medico Assistente addetto alla Terapia Fisica. Età limite, per il primario 50 anni di età, per gli aiuti 35, e per gli assistenti 30. Scad. ore 18 del 20 settembre. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio (viale Campania, angolo via Apuleja, Milano).

Monterosso Almo (*Ragusa*). — Scad. 10 sett.; L. 10.000 e 4 quadrienni dec.

Montresta (*Nuoro*). — Abitanti n. 1390. Medico chirurgo condotto. Per titoli. Scadenza 15 ottobre 1933-XI. (Vedi precedente N. 35).

Padova. *Ospedale Civile*. — Scad. 30 sett., ore 17; primario di un reparto di medicina; titoli ed esami; L. 4000 l'anno, decurtate del 12 %, esclusa qualsiasi indenn. di c.-v.; tassa L. 50,10; età lim. 45 a. al 1° ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data. Chied. avviso.

Paestum (*Salerno*). — Per titoli. Posto di medico condotto con lo stipendio annuo di L. 7000, suscettibile di quattro aumenti quadriennali del decimo e con l'indennità di cavalcatura di L. 2500. Lo stipendio è soggetto alle trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. Il termine per presentare i documenti scade il 15 ottobre 1933. Richiedere documenti e bando di concorso al Municipio di Capaccio (Salerno).

Pavia. *Ospedale di S. Matteo ed Annessi Istituti*. — Ispettore Sanitario presso l'Ospedale Policlinico di S. Matteo; titoli ed eventualm. esami; L. 15.000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; camera, poi alloggio completo. Scad. ore 17 del 30 sett. Età lim. 35 a.; 2 anni di funzioni identiche od analoghe in Ospedali od Istituti similari di almeno 400 letti; tassa L. 50; doc. poster. al 15 lug. Chied. annunzio.

Pennabilli (*Pesaro*). — Scad. 28 sett.; consorzio; per Molino di Bascio; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., alloggio, L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti*. — Sono riaperti i termini per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per assistenti medico-chirurghi e sono elevati da 20 a 40 i posti per il concorso stesso; i limiti di età sono portati da 30 a 34 anni. Chiedere annunzio. Scad. ore 16 del 20 ottobre 1933.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni* (*Ferrovie dello Stato*). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Lecce I (Bari); Borgoforte, Forlì, Quarantoli, Villafranca di Verona (Bologna); Pabillonis, Villasor (Cagliari); Mirabella-Imbaccari (Catania); Arezzo I, Castelnuovo di Garfagnana, Lucca I, S. Piero a Ponti, Siena I, Siena II (Firenze); Morra Irpino (Foggia); Albissola, Ovada I, Spotorno, Ventimiglia II (Genova); Besozzo, Broni (Milano); Riardo, Salerno IV, Torre del Greco (Napoli); Acquaviva C, Campobello I, Palazzo Adriano, Palma Montechiaro (Palermo); Piombino (Pisa); Sapri (Reggio Calabria); Ceccano II, Labico (Roma); Francavilla Fonatana II (Taranto); Barge, Cavagnolo, Collegno, Trecate II (Torino); Aviano, Maino, Maniago, Pinzano (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 settembre 1933.

S. Possidonio (*Modena*). — Scad. 30 sett.; L. 8500 e 10 bienni ventes., L. 600-2500 trasp., altre indenn.; addizionale; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

Siracusa. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di coadiutore della Sezione Chimica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. (Vedi precedente N. 35).

Treviso. *R. Prefettura*. — Scad. 15 nov.; uff. san. del capoluogo; L. 14.850 ridotte del 12 %; 5 quadrienni dec., serv. att. L. 2500, assegno carica L. 1000, trasp. L. 1000; divieto eserc. profess. libero; doc. a 3 mesi dal 10 ag.

Udine. *Ospedale Civile*. — Scad. 30 sett., ore 10; direttore sanitario; titoli ed esami; età lim. 45 a. al 20 ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10 al Tesoriere; stip. L. 25.000 e 5 bienni decimo, oltre L. 6000 serv. attivo, alloggio ecc.; è inibito il libero esercizio; biennio di prova. Chiedere annunzio.

Villar Pellice (*Torino*). — Scad. 15 ott., ore 12; con Bobbio Pellice; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 920 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Oliver T. Osborne, professore emerito di terapia clinica alla Scuola Medica della Università Yale in New Haven, ha ricevuto il premio Chompret, decretatogli dall'Associazione Stomatologica Americana, « per i suoi contributi alla scienza stomatologica e per l'infaticabile attività svolta nello stabilire dei rapporti tra la medicina generale e l'odontologia, nell'interesse dell'umanità ». Il premio venne fondato lo scorso anno, in onore del prof. J. Chompret, della Scuola francese di stomatologia a Parigi.

Il Consiglio Direttivo della Facoltà di Scienze mediche di Buenos Aires ha assegnato il premio della Facoltà al dott. Angel H. Roffo, per il lavoro intitolato: « Biologia delle onde ultra-corte di Hertz ».

L'Accademia delle Scienze di Vienna ha assegnato il premio Ignaz Lieben al dott. Ferdinand Scheminsky, aggregato di fisiologia a quella Facoltà di medicina, per il suo lavoro relativo all'influenza della corrente elettrica sulla membrana cellulare.

NOTIZIE DIVERSE.

31° Congresso italiano ostetrico-ginecologico.

Ricordiamo che la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia terrà il prossimo Congresso a Bari, nei giorni 28-30 settembre.

I temi di relazione sono: « Gli ormoni sessuali femminili » (prof. Acconci); « Le celiotomie vaginali » (prof. Bertino). Saranno anche discussi i seguenti temi sociali: « L'organizzazione assistenziale ostetrica dell'O. N. M. I. » (prof. Vercesi); « L'assistenza alla maternità nel mezzogiorno » (prof. Gaifami); « La levatrice condotta in città e la levatrice rurale » (prof. Bolaffio).

Tassa di adesione al Congresso, per i non soci, L. 50, con diritto alle riduzioni ferroviarie del 50 %. Inviare le richieste, i titoli delle comunicazioni, prenotazioni alla discussione, al prof. Gaifami, R. Clinica Ostetrico-Ginec., Bari, al più presto.

Congresso medico britannico.

Il 101° Congresso annuale dell'Associazione Medica Britannica si è riunito il 21 luglio e seguenti a Dublino, nei locali del Collegio Trinità. Furono ampiamente trattati i temi generali: L'aborto; La vaccinazione antivaiolosa; L'insegnamento medico.

Il dott. Ramsay, chirurgo dell'ospedale reale Vittoria a Bournemouth, è stato eletto presidente per l'anno 1934-35.

In margine al Congresso si è tenuta una Mostra di storia della medicina, organizzata dal dott. Kirkpatrick.

Si è tenuta anche una grande mostra intitolata « Doctors' Hobbies »; comprendeva opere d'arte eseguite da medici e moltissime collezioni, quasi tutte riguardanti antichità, alcune più o meno strane (dagli spiedi ai vasetti per medicinali; il dott. Sean Savan presentava i suoi innumeri trofei sportivi).

Congresso medico sud-africano.

Come abbiamo già annunziato, l'Associazione Medica del Sud-Africa si adunerà a Capetown, nei nuovi locali dell'Università a Groste Schnur, dal 25 al 30 settembre, sotto la presidenza di E. B. Fuller.

In tre delle mattinate verranno discussi i temi di relazione: « Mortalità materna nelle aree urbane e rurali », « Problemi medico-legali nella pratica generale » e « La dieta in rapporto alla salute nel Sud-Africa ». Altre tre mattinate, alternantisi con le precedenti, saranno destinate ai lavori di sezione. I pomeriggi saranno riservati, in prevalenza, a gite ed escursioni.

Convegno di medici musicisti, letterati ed artisti.

Promosso dal Centro talassoterapico di Rimini e dall'Associazione medici musicisti italiani, il 19 agosto ha avuto luogo nella ridente cittadina adriatica l'annunziato convegno di medici musicisti, letterati ed artisti, che superarono il numero di 200, fra cui celebrati maestri.

Ottimi saggi hanno dato i medici musicisti.

Con un caldo messaggio di devozione al Duce, il convegno ha propiziato i suoi lavori. Furono fatte e discusse comunicazioni varie, dai proff. Silvestro Baglioni, Guglielmo Bilancioni, Pietro Berri, dalla dott.a Ada del Vantesimo e dai dottori Eolo Camporesi e Cesare Sacconaghi.

Il prossimo convegno si terrà nel 1934 a Viareggio: e così di città in città verranno sopite le facili critiche.

Il corso Tomarkin.

Il quinto corso internazionale di alta cultura medica della Fondazione Tomarkin si è svolto a Saint-Moritz dal 13 al 26 agosto. Conferenze e lezioni sono state tenute da altissime personalità della medicina, tra cui non poche dell'Italia. Le illustrazioni della medicina italiana hanno riscosso i più ampî e calorosi riconoscimenti e plausi da parte degli stranieri.

È probabile che il prossimo corso avrà luogo in Italia.

Servizi medici per gli universitari a Chicago.

All'Università di Chicago era stato istituito, il 1° dicembre 1931, un servizio medico per il personale e per gli studenti, su base mutualistica, con quota capitaria di 1 dollaro al mese. Il 1° luglio u. s. il servizio per il personale (professori, assistenti ecc.) è stato separato da quello per gli studenti ed affidato al clinico medico George F. Dick, coadiuvato dal dott. L. W. Hunt; occupa un vasto reparto nell'Ospedale Billings. I professori della Facoltà medica possono essere accolti, a loro richiesta, in qualsiasi Clinica universitaria; gli altri professori e gli assistenti devono denunziare prima la loro malattia al nuovo Istituto, che può assegnarli alle varie Cliniche.

Nella stampa medica.

In Germania alcuni periodici medici sono stati soppressi o modificati o fusi d'ufficio. Così « Das Rörrhor » (Il cornetto acustico), il quale si trovava in quasi tutte le sale d'aspetto dei medici ed aveva carattere ameno, è stato sostituito dal « Neues Volk » (Il popolo nuovo), organo di propaganda dell'Ufficio per l'incremento della popolazione e per il benessere della razza. La « Deutsche Korrespondenz für Gesundheitswesen und Sozialversicherung » è stata sostituita dalla « Korrispondenz für Volksaufklärung und Rassenpflege », che tratta problemi di ereditarietà ed eugenica. I due grandi periodici d'interessi professionali, « Deutsches Aerzteblatt » e « Aerztliche Mitteilungen », organi della « Deutscher Aerztevereinbund » e della « Hartmannbund », sono stati fusi, in seguito alla fusione di questi due enti; il nuovo organo recherà il primo dei due titoli. Tutte queste azioni si sono compiute tra molti contrasti.

Il « Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics », fondato e redatto per 24 anni dal dott. John J. Abel di Baltimora, è stato ora da questi ceduto all'« American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutics », di cui diverrà organo ufficiale. La Società è presieduta dal dott. William deB MacNider, professore di farmacologia alla Scuola Medica dell'Università della Carolina Settentrionale; segretario ne è il dott. Velyien E. Henderson, di Toronto, Canadà.

Il periodico inglese « Heart » cambia il titolo in « Clinical Science, incorporating Heart ». Ne è redattore-capo fin dalla fondazione (1909) sir Thomas Lewis. (Sede: Fletter Lane 7, Flett Street, London, E. C. 4).

La prof.a Lydia Rabinovitch e il prof. A. Kuttner lasciano la redazione della « Zeitschrift für Tuberkulose », cui avevano dedicato tanto fervore e tanta operosità; al loro posto sono subentrati, dal mese di luglio, Franz Redeker e Karl Diehl. La

Casa editrice e la redazione assicurano che il periodico si manterrà sulle direttive già tracciate, cioè accogliere e rispecchiare gli studi di tisiologia così nel campo scientifico come in quello pratico.

Il « Journal of Pediatrics », organo ufficiale dell'Accademia Americana di Pediatria, ha dedicato il numero di luglio al pediatra tedesco Adalbert Czerny, che ha compiuto il 70° anno.

Servizio odontoiatrico nelle scuole del Giappone.

Venne istituito con una legge promulgata nel 1931 e si è rapidamente sviluppato, malgrado la crisi. Un'inchiesta condotta nello scorso aprile ha accertato che a 3619 scuole primarie erano stati addetti 2788 dentisti, a 719 scuole secondarie 690 dentisti. Nel 1932 si sono spesi, per questo servizio, 126.699 *yen* per le scuole primarie e 14.965 per quelle secondarie (ossia rispettivamente lire it. 500.000 e 65.000).

Politica demografica in Germania.

Il consigliere ministeriale Conti, della Direzione generale di Sanità presso il Ministero dell'interno in Prussia, ha emanato disposizioni dirette a promuovere le famiglie numerose. È vietato di fare dell'umorismo sui capi di famiglia carichi di prole. Si dovrà cogliere ogni opportunità per mettere in rilievo come le personalità più eminenti provengano, quasi tutte, da famiglie numerose.

Provvedimento disciplinare annullato.

Nel 1929 il colonnello medico francese Léon era stato messo a riposo d'ufficio — il più grave provvedimento disciplinare attuabile contro un militare — perchè nell'Ospedale militare di Châlons-sur-Marne egli si sarebbe dimostrato privo di umanità e si sarebbe reso colpevole di gravi errori professionali.

I fatti furono oggetto di una interpellanza parlamentare e se ne occupò largamente la stampa.

Ora il Consiglio di Stato ha annullato il provvedimento, essendosi accertato che questo venne deliberato prima di sentire le discolpe del prevenuto, il cui interrogatorio si ridusse pertanto ad un simulacro.

Un po' dovunque.

Un Convegno Lombardo d'Igiene Rurale è indetto a Milano per i giorni 22-24 ottobre, dalla Società Italiana d'Igiene e dalla Sezione Milanese dell'Associazione Italiana Fascista per l'Igiene. Il Comitato esecutivo ha sede in via Ospedale 3, Milano.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 23 giugno sotto la presidenza del prof. M. Donati; furono fatte comunicazioni da S. Lussana, E. Nava, A. Peroni, C. Lorenzetti, L. Feci; molte comunicazioni sono state oggetto di discussioni.

La Sezione Romana della Società Italiana otoneuro-oftalmologica si è adunata il 15 maggio, sotto la presidenza del prof. G. Bilancioni. Furono fatte comunicazioni da U. Bombelli, A. Tommasini-Mattiucci, G. Ferreri, M. Silvagni e D. Sabbadini, U. Lumbroso, Q. Di Marzio, G. Bilancioni.

La Società medico-chirurgica bergamasca si è adunata il 29 luglio sotto la presidenza del prof. D'Alessandro. Furono fatte comunicazioni dai dottori Burbi, Ciabò e Pellegrini.

Si è svolto a Cesenatico (Forlì) un convegno di talassoterapia, sotto la presidenza del sen. prof. Messedaglia; vi hanno partecipato una cinquantina di sanitari specializzati, provenienti da ogni parte d'Italia.

L'8ª Riunione della Società Argentina di Patologia Regionale del Nord, destinata alla medicina tropicale, si adunerà a Santiago del Estero nei primi giorni di ottobre, sotto la presidenza del prof. S. Mazza (Casilla de Correo 1917, Jujuy, Argentina).

Un congresso americano di fisioterapia si terrà dall'11 al 15 settembre in Chicago (Palmer House). Segreteria esecutiva: North Michigan Avenue 30, Chicago, Ill., S. U. d'A.

Dal 7 al 12 agosto l' « American Dental Association » ha celebrato, con un congresso tenutosi a Chicago, il centenario della sua fondazione (giubileo di diamante). Nell'occasione si sono adunate numerose altre società odontologiche; la manifestazione ha preso il nome « Settimana dentaria ». Vi hanno partecipato eminenti specialisti di tutti i Paesi civili.

Le due grandi associazioni mediche corporative tedesche, che avevano la loro sede a Lipsia ed a Potsdam, sono state fuse d'ufficio e col 1° gennaio 1934 verranno trasferite a Berlino, in un immobile speciale, « Casa del medico », in cui saranno riunite anche l'organizzazione per la politica demografica e i problemi di razza, le organizzazioni della stampa medica tedesca e due organi medici ufficiali: « Deutschen Aerzteblatt » e « Neues Volk ».

I Ludi universitari internazionali hanno luogo a Torino dal 1° al 10 settembre; vi hanno aderito ufficialmente 32 Nazioni. Ricordiamo che nell'occasione è convocato il Congresso internazionale di medicina sportiva.

La Scuola Medica Ospedaliera di Roma tiene anche quest'anno un corso estivo per laureandi e per laureati in attesa degli esami di Stato. Il corso è organizzato negli ospedali Policlinico Umberto I e Littorio. Chiedere il programma alla segreteria della Scuola, Policlinico Umberto I, Roma 27.

« L'Ufficio Internazionale di Chimica », che si propone di studiare, per un interesse generale, le questioni riferentisi all'organizzazione internazionale della documentazione chimica, ha incominciato i suoi lavori nel 1932. L'Italia vi è rappresentata dal prof. N. Parravano. Rivolgersi a « Office International de Chimie », rue des Mathurins 49, Paris 8e, Francia.

Si è adunato a Ginevra il Comitato centrale dell'oppio, sotto la presidenza dell'inglese Lyalle; rappresentante dell'Italia è il prof. G. Gallavaresi; segretario del Comitato è il marchese Ugo Theodoli.

Il Capo del Governo ha ricevuto la signora dott. Maria Sacchi ved. Casale la quale gli ha consegnato la somma di L. 500.000 da destinarsi all'Istituto « Mussolini » in Roma per la costruzione di un padiglione per i neonati di donne tubercolotiche. Il Capo del Governo ha manifestato alla generosa donatrice il suo più vivo compiacimento.

Il 15 agosto venne inaugurato ufficialmente a Madrid un nuovo Istituto di Puericoltura, diretto dal dott. Llopis.

Nell'Università di Pennsylvania, a Baltimora, si è inaugurato un Istituto per lo studio dell'eziologia e della cura del diabete.

Il re Giorgio V ha inaugurato recentemente a Londra, nel Revenscourt Park (Hammersmith), il nuovo ospedale dei massoni; consta di 4 padiglioni.

Nella Czecoslovacchia sono stati creati quattro nuovi ospedali; la spesa si è elevata a 11 milioni di corone.

Il 7 luglio lord Dawson of Penn collocò la prima pietra del nuovo campanile della Chiesa Hemptead a Essex. Il vecchio campanile, crollato nel 1882, conteneva la tomba di Harvey e dei componenti la sua famiglia. La tomba verrà ora trasportata nella nuova costruzione.

Il « Reichgesetzblatt », Gazzetta Ufficiale della Federazione Germanica, ha pubblicato, in data 14 luglio, una legge che istituisce la sterilizzazione obbligatoria dei tarati, a scopo eugenico.

Il Governo prussiano ha emanato un decreto con cui proibisce in linea di principio la cosidetta vivisezione degli animali. Un'aggiunta di imminente pubblicazione stabilirà i pochi casi in cui, per imprescindibili ragioni scientifiche, la vivisezione sarà ammessa.

La Commissione incaricata di assegnare, a medici e vedove di medici della Francia, dieci « borse familiari » dell'importo di 10.000 franchi ciascuna, stanziate dalla « Fondazione del dottor Roussel », ha espletato i suoi lavori il 21 giugno; ha esaminato 52 domande.

È stata promulgata in Francia una legge a favore di medici e altri sanitari pensionati di guerra: viene riservato loro un terzo dei posti nelle amministrazioni pubbliche e in quelle private con regime di monopolio; una Commissione speciale procederà alle assegnazioni.

I laureati nell'anno accademico 1922-23 che desiderino festeggiare il 10° anniversario di laurea, sono pregati di inviare la loro adesione al prof. M. Silvagni, R. Clinica Odontoiatrica, Roma.

Il 4 ottobre verrà celebrato, alla Clinica del Lavoro di Milano, il 3° centenario della nascita di Bernardino Ramazzini. Il giorno successivo si terrà una riunione dedicata all'anchilostomiasi. Adesioni alla segreteria del Comitato, via S. Barnaba 8, Milano.

Il 15 luglio è stato solennemente celebrato il centenario della morte di Hipólito Unanue, chiamato « il padre della medicina peruviana ». Speciale sviluppo assunse la cerimonia promossa dall'Associazione Medica Peruviana « Daniel A. Carrión ».

La « Rivista sperimentale di Freniatica e Medicina legale delle alienazioni mentali » reca, nel n. 2 del 1933, i dati statistici sul movimento degli alienati negli Istituti di cura italiani durante il 1931. Al principio dell'anno i ricoverati erano 72.269; durante l'anno ne furono ammessi 29.460, ne furono dimessi 17.065, ne morirono 5837.

Nella riunione del V Corso di alta cultura medica della Fondazione Tomarkin è stata data lettura in varie lingue di un telegramma inviato dal Maresciallo Balbo al medico italiano dott. Strumbalo per ringraziare del saluto e delle felicitazioni inviategli anche a nome dei professori partecipanti al corso. La lettura del dispaccio è stata salutata da unanimi applausi.

Il dott. Morris Frishbein, redattore-capo del « Journal of the American Medical Association » di Chicago, ha tenuto una conferenza sul tema « Follie della medicina socializzata ».

Il dott. Alexander Forbes, professore di anatomia alla Scuola medica dell'Università Harvard in Boston, si è recato da questa città a Napoli sullo yacht « Ramah », stazzante 65 tonnellate, in compagnia di 14 studenti e di un cuoco. Ogni anno egli suole compiere una crociera diretta ad un posto europeo. La nave è rimasta in disarmo a Napoli, dacchè i componenti l'equipaggio si sono dispersi per varie città d'Europa; lo stesso Forbes si è diretto in idroplano a Genova.

Due chirurghi di Parigi, Engberg e Hedburg, chiamati d'urgenza per telefono, erano giunti in macchina presso la stazione di Saint-Paul, quando furono assaliti da un gruppo di malvagi, che li seviziarono atrocemente e volevano obbligare il primo a « mutilare » il secondo; in seguito a rifiuto, e dopo altri maltrattamenti, uccisero il primo col cloroformio ed il secondo con un colpo di rivoltella; infine simularono un investimento ferroviario, disponendo l'Engberg al volante dell'auto e l'Hedburg a qualche distanza e distruggendo parzialmente la macchina. La polizia ha ricostruito i fatti ma non ha potuto accertarne i moventi. Sembra trattarsi di uno spettacolo giallo.

I medici cinesi risiedenti a Hong-Kong sono stati in grave allarme; uno di essi, chiamato d'urgenza di notte, per telefono, non appena entrato nella casa del presunto paziente fu abbattuto con una mazzata; tre altri medici cinesi che avevano ricevuto analoghe chiamate, insospettitisi, erano rientrati nelle proprie abitazioni prima di cadere nell'agguato. Anche questa notizia dà l'impressione di uno spettacolo giallo.

Vittime del dovere sono morti: ad Amiens, di radio-cancro, il dott. Degouy; a Beauvais, di un'infezione chirurgica, il dott. Jean Piedolocq.

È morto a Belgrado il prof. Georges Jammovic, che nel 1920, dopo la fondazione del Regno H S H, fu chiamato a organizzare la prima Facoltà medica jugoslava; ne era anche decano e dirigeva l'Istituto di anatomia patologica. Dopo la morte di Paltauf, a Vienna, era stato invitato a sostituirlo, ma egli aveva rifiutato.

È morto a Madrid il 14 agosto, il prof. Sebastian Recaséns, che fu a lungo direttore di quella Clinica ostetrico-ginecologica e decano di quella Facoltà medica; da poco era andato in riposo.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Febbraio-Marzo 1933

Malattie	27-2/5-3		6 12		13-19		20-26			
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	209	1585	219	1227	240	1471	215	1633	—	—
Scarlattina	127	341	105	295	125	338	115	288	—	—
Varicella	114	357	102	302	133	472	81	270	—	—
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	128	181	100	162	129	218	103	165	—	—
Difterite e Croup	318	643	300	517	335	631	263	465	—	—
Meningite cerebro-spinale	19	22	13	14	11	17	8	9	—	—
Encefalite letargica	4	1	2	2	1	1	2	2	—	—
Poliomielite cutanea ac.	—	—	4	4	6	6	7	8	—	—
Dissenteria	4	—	4	4	—	—	4	4	—	—
Pustola maligna	12	12	8	8	9	9	12	13	—	—

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia

Rivista di Malariologia

Pubblicazione bimestrale.

Sommario del N. 3, 1933:

Contributi originali: F. JERACE e A. GIOVANNOLA: L'azione sterilizzante della plasmochina sui gameti dei parassiti malarigeni e sua importanza profilattica (10 graf.). — U. MINGAZZINI: Sulla comparsa di enzimi proteolitici specifici nella infezione malarica. — F. WEYER: Grösse und Maxillenzahl als Unterscheidungsmerkmal der Rassen von *Anopheles maculipennis* und ihre Beziehungen zur Umwelt (18 graf.). — R. C. SHANNON: An algerian Anopheline found in Greece. — C. FERMI: Diserbo biologico delle acque. — V. VANNI: Ancora un progresso nella delarvizzazione dei culicidi (1 fig.). — E. FUGAZZA: Osservazioni sulla zooprofilassi antimalarica fatta a Milano nel 1932. — J. SCHWETZ: Notes sur le paludisme au Congo. — M. PADOAN: Ematemesi e distonia neuro-vegetativa in infezione malarica cronica da *Plasmodium vivax* (1 graf.). — **Relazioni**: B. DE LUCA: Trentadue anni di malaria nell'Ospedale di Grosseto (6 graf.). — **Recensioni** (Patologia - Clinica - Terapia e Farmacologia - Epidemiologia e Profilassi generale - Geografia della malaria e Campagne antimalariche). — **Rivista bibliografica.** — **Rilievi e commenti.** — **Atti ufficiali e parlamentari.** — **Notizie.** — **Sommari.** — **Supplemento**: G. TEGONI e B. WILLIAMS AURELI: Indice bibliografico della malaria, 1931.

(Il fascicolo e il supplemento risultano di complessive pagine 322).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 11 Settembre 1933 - XI — Num. 37

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE DI ROMA
diretto dal Prof. CESARE FRUGONI.

Encefalo-neuro-mielite tifica.

LEZIONE del Prof. CESARE FRUGONI,
raccolta dal dott. MARIO TORRIOLI, ass. vol.

Vi presento oggi un bambino di dieci anni. Nulla vi è che abbia qualche importanza nella sua anamnesi sia famigliare che personale fisiologica e patologica remota. Quel che interessa è che il malato venne preso circa due mesi fa da febbre accompagnata da cefalea e da malessere generale grave. Del decorso di questa lunga malattia febbrile poco sappiamo per le confuse deposizioni del bimbo e per le inesatte notizie forniteci dai famigliari. Ad ogni modo è certo che alla decima giornata di febbre si presentò epistassi e che verso la metà della malattia insorsero dolori addominali e scariche diarroiche con feci abbondanti, liquide, verdastre. Dopo 4 settimane di malattia, la febbre cedette e il bimbo, quantunque in condizioni generali decadute e in istato di notevole prostrazione, sembrava già avviarsi verso la convalescenza, quando la febbre nuovamente insorse accompagnata a cefalea e a notevoli fenomeni di depressione psichica, che hanno indotto i famigliari a chiedere il ricovero in Clinica (7-3-'32).

Ricevemmo così un bimbo di costituzione gracile, in condizioni generali notevolmente scadenti, febbricitante (38°-38°,2) e la cui psiche benchè torpida era facilmente ridestabile. Presentava una netta rigidità nucale, teneva nel letto le gambe atteggiate nella caratteristica posizione a cane di fucile e lamentava violenta cefalea. Per non togliere tempo alla discussione, permettete che vi dica in sintesi che pressochè negativo riusciva l'esame obbiettivo della testa, del collo, del torace e dell'addome ad eccezione degli organi ipocondriaci che si presentavano ambedue tumefatti, giungendo il fegato in basso, leggermente dolente, a un dito dall'arco e in alto alla quinta costa e palpandosi la milza egualmente a un dito dall'arco, con il polo superiore che raggiungeva l'ottava costa.

A carico del sistema nervoso, oltre a quanto ebbi a ricordarvi, esisteva improvocabilità dei riflessi patellari ed achillei.

In capo a pochi giorni la febbre cadeva per lisi e nelle orine trovavamo di rimarchevole tracce minime di albumina ed acetone e nel sangue Hb 65 G.R. 3.500.000 e G.B. 5000 di cui 74 % neutrofili, 20 % linfociti e 6 % mononucleari. L'emocoltura praticata in periodo febbrile, risultava positiva per il b. di Eberth e ugualmente positiva fu la prova di agglutinazione per il tifo al tasso di 1:800 e negativa per gli altri germi.

Senza perderci, quindi, in inutili discussioni diagnostiche possiamo fin d'ora affermare che la diagnosi di partenza è chiara trattandosi di tifo con una ricaduta nella quale emergevano in primo piano dei fenomeni nervosi. Senonchè verso il 25 del mese scorso il paziente incominciò a notare diminuzione del visus a destra e pochi giorni dopo dolenzia alle coscie ed all'arto superiore destro e pochi giorni appresso ancora, disturbi vescicali consistenti in un senso di distenzione dolorosa della vescica, che non si svuotava se non dopo stimoli o accorgimenti particolari quali l'applicazione di borsa calda sul basso ventre. Contemporaneamente insorgeva debolezza progressiva agli arti inferiori tanto che il giorno 28 il paziente, alzatosi dal letto per una necessità, incapace a reggersi, cadeva pesantemente a terra.

Il giorno seguente il piccolo paziente presentava psiche notevolmente depressa ma risvegliabile, amaurosi completa a destra, rigidità nucale, paresi del settimo inferiore di destra, paresi del braccio destro e paraplegia completa a carico degli arti inferiori; la milza ed il fegato si erano nel frattempo detumefatti e si aveva ancora invece qualche linea di febbre. In questi ultimi giorni poi abbiamo assistito ad un aggravarsi dei sintomi vescicali tanto che da ieri abbiamo avuto perdite involontarie di orine e di feci.

Il quadro clinico quindi è tale che merita considerazione, presentazione e discussione.

Nell'esporvi la sintomatologia obbiettiva attuale, lasciate che io sorvoli sulla parte non riguardante il sistema nervoso, per concentrare su questo ultimo tutta la nostra attenzione, anche qui limitandoci a citare solo dati patologici positivi. Voi vedete un bimbo depresso, anemico, che però non presenta a carico dei suoi visceri nulla di particolarmente notevole, se si eccettua la vescica talora palpabile al di sopra del pube nei suoi momenti di massima distensione non svuotandosi essa, come vi ho già detto, altro che sotto applicazioni calde locali. Il polso oscilla tra 90 e 100 pulsazioni, molle e ritmico. Il respiro è tranquillo (24-26 respiri al minuto).

La psiche è attualmente lucida. Esiste midriasi bilaterale. Però, mentre a sinistra tutto quanto riguarda la statica, la sensibilità, motilità e riflettività oculopalpebrale si svolge in modo normale, a destra si ha invece amaurosi completa; al qual proposito debbo avvertirvi che nei giorni passati si sono avuti periodi di regressione dell'amaurosi stessa, durante i quali si aveva la percezione di qualche barlume luminoso e qualche accenno alla visione indistinta. Stimolando con sorgente luminosa la pupilla di destra non si ha nessuna reazione, essa però si restringe consensualmente quando si provoca il riflesso in quella di sinistra: il che dimostra l'integrità della sezione efferente dell'apparecchio nervoso che presiede al riflesso luminoso. Il globo oculare D. non è dolente nè protruso. Iersera esisteva netto strabismo interno per paresi del retto esterno di destra, e stamane il fenomeno è sempre presente ma meno evidente. Proseguendo oltre, voi potete notare una evidente insufficienza del settimo inferiore di destra, che non può certo confondersi con le asimmetrie facciali congenite talora osservabili, perchè, tra l'altro, l'abbiamo vista instaurarsi sotto i nostri occhi. E come vedete, se non può parlarsi di vera rigidità nucale, neppure può dirsi che la nuca sia ora completamente sciolta. Nulla notiamo a carico dei muscoli respiratori. La nostra attenzione è invece attratta dall'arto superiore destro a carico del quale qualche movimento è sempre possibile. L'arto può venire sollevato, piegato e disteso spontaneamente; la mano invece, sollevando l'avambraccio, cade inerte come avviene quando sono paralizzati i muscoli della regione estensoria dell'avambraccio e in particolar modo quando sono compromessi il lungo e breve estensore radiale e l'estensione ulnare del carpo. E se noi tentiamo di far flettere la mano sull'avambraccio constatiamo l'impossibilità di questo movimento. È bene notare che questa impossibilità alla flessione della mano è completa, e possiamo quindi esser certi della compromissione sia del flessore ulnare che del flessore radiale del carpo. Ma non basta. Invitando il paziente ad allargare le dita, constatiamo la assoluta incapacità all'esecuzione di questo movimento; cosa che ci rende certi della compromissione degli interossei dorsali. Infine la constatazione dell'impossibilità alla flessione della prima falange delle dita durante la estensione delle ultime due ci conferma la compromissione degli interossei e ci fa ammettere la paralisi completa di tutti i lombricali.

Scuotendo l'avambraccio la mano balla inerte per ipotonia muscolare evidentissima. La forza è nulla, mentre la sensibilità è normale. I riflessi periostei sono aboliti. I riflessi tendinei invece, si comportano in modo differente, e specialmente il tricipitale di destra si presenta provocabile e particolarmente vivace. Accanto a questi imponenti fenomeni motori non si notano attualmente alterazioni evidenti del trofismo.

Devo aggiungere che la compressione risulta indolore sia sulle masse muscolari sia sui tronchi nervosi.

L'addome è disteso, i riflessi addominali sono difficilmente provocabili e si riesce a met-

terli bene in evidenza solo stimolando la cute molto lateralmente.

Gli arti inferiori come vedete sono abbandonati sul letto, paralitici e ipotonici. Anche qui la compressione delle masse dei muscoli e dei nervi è indolore. Indolori pure risultano i movimenti passivi degli arti; flettendo sul tronco l'arto esteso si risveglia lieve dolenzia solo quando si raggiunga l'angolo retto.

Potete constatare che la paralisi è completa; qualsiasi movimento è impossibile. Se però noi ricorriamo alle manovre che voi ben conoscete possiamo constatare presenti i segni di automatismo midollare. Se infatti io fletto fortemente le dita di un piede vedete questo flettersi sulla gamba, la gamba sulla coscia e questa sul bacino. Viene abbozzato, in altri termini, il movimento del passo. Ma non basta: se noi ripetiamo la manovra sulla gamba estesa, quando l'altra è flessa vediamo flettere quella estesa ed estendere quella flessa. Viene così, anche maggiormente, posta in rilievo la analogia con il movimento del passo. Procedendo oltre vedete i riflessi achillei esagerati fino al clono. Basta imprimere una piccola scossa al piede dell'infermo, perchè insorga un clono ampio, regolare, inesauribile. I patellari si sono comportati, in questi ultimi tempi, in un modo variabile. Ieri sera erano bilateralmente vivaci ma più a D. che a S. stamane a S. non sono provocabili, mentre a D. risultano presenti ed anche abbastanza vivaci. Oltre a ciò il Babinsky è palese e si accompagna a sinistra al fenomeno del ventaglio.

Infine vi ricordo ancora i fenomeni sfinterici da tener presenti accanto ai rilievi obbiettivi. Vi dirò anche che una puntura lombare praticata in questi giorni ha dato esito ad un liquor normale sia per pressione, sia per aspetto, sia per reazioni chimiche e per contenuto citologico. Le urine contengono ancora tracce minime di albumina. Nel sangue i globuli rossi e bianchi si presentano nello stesso numero degli esami precedenti. Si è accentuata però la neutropenia (56 ‰), è comparsa cosinofilia (7 %). I linfociti sono il 29 %; i monociti l'8 %. Il tasso di agglutinazione del siero per il b. di Eberth è caduto a 1:100.

Questi in breve sono i fatti patologici positivi che possiamo raccogliere dall'esame del nostro malato e che ci dobbiamo accingere ad interpretare.

Nessun dubbio diagnostico sulla malattia di partenza. Si trattava evidentemente di un tifo, chiaramente documentato dalla storia clinica, dai rilievi obbiettivi e dalle nostre ricerche di laboratorio.

Quanto al primo episodio nervoso, ci porta direttamente a pensare a fatti d'irritazione meningea nel senso non di meningite ma di semplice meningismo. Voi sapete che il termine di meningismo fu creato da Dupré a caratterizzare forme di lievi stati irritativi meningei, non flogistici, qualificati da semplici disordini funzionali. Il tempo e le moderne indagini di laboratorio hanno sfrondato questo capitolo di molti e molti casi che sono andati a far parte del gruppo delle meningiti lievi, guaribili; ma l'entità nosologica del meningismo ha ancora diritto di esistere ed è, anzi, d'una importanza pratica notevole.

Orbene, nel nostro caso è evidente trattarsi di meningismo, come la fugacità dei sintomi e la negatività del liquor sono sufficienti a provare; liquor che occorre in casi dubbi sempre indagare mancando un obbligatorio parallelismo tra sindrome e reazione anatomica meningea, sì che talora si hanno meningiti a grandi reazioni cellulari e asintomatiche, mentre talora imponenti quadri di meningismo tifico sono compatibili con liquor normale.

Ammessa quindi la diagnosi di partenza di tifo, parleremo qui di meningismo tifoso, mentre riserbiamo la diagnosi di meningotifo per quei casi nei quali si trova sopratutto preponderante la sindrome meningea che figura in primo piano eclissando per così dire tutto il resto della sintomatologia. Infatti la più larga casistica clinica dimostra che senza arrivare al meningo-tifo, esistono cortei sintomatici meningei lievi, fugaci, senza reazioni citologiche del liquor, nei quali la diagnosi di meningismo tifoso è pienamente giustificata; forme queste per la genesi delle quali è logico pensare a fatti tossici senza localizzazioni del germe e senza gravi lesioni anatomiche delle meningi.

D'altra parte mai sarà dimenticata l'enorme importanza pratica agli effetti curativi e prognostici della diagnosi di meningismo che, specialmente nei bambini, insorge non raramente come complicanza di molte malattie infettive. Ognuno di voi del resto ha certo vivo il ricordo di un interessante caso svoltosi sotto i nostri occhi, in questi giorni, nelle corsie della clinica. Si trattava, anche qui, di un bimbo di pochi anni che da qualche giorno presentava febbre elevata e in cui, poco prima dell'ingresso, proprio mentre sfebbrava, era insorta rigidità nucale, le gambe avevano assunto l'atteggiamento a cane di fucile, e si era delineata incoscienza e delirio.

Quando vidi il malato la sintomatologia era nel suo pieno sviluppo, esisteva un erpes labialis, e tutto pareva dover portare verso la diagnosi di meningite. Ma il liquor perfettamente limpido, in cui anche a distanza di ore nessun reticolo si formava, e sopratutto la considerazione che la sintomatologia meningea era insorta proprio in corrispondenza del brusco cadere della temperatura, una certa tendenza dei sintomi alla stabilizzazione e perfino un accenno alla remissione, m'indussero a sospendere la diagnosi di meningite e ad avanzare il sospetto di meningismo. E in pochi giorni infatti la scomparsa graduale e completa di tutta la

sintomatologia meningea dimostrava che si era trattato di una forma influenzale con meningismo, sostenuta probabilmente da un piccolo focolaio pneumonico centrale e come tale sfuggito alle nostre indagini semeiologiche.

Casi simili si presentano ogni giorno nella pratica medica e vi troverete davanti ad una grave responsabilità se porrete erroneamente la diagnosi di meningite epidemica o, peggio, tubercolare con la relativa terribile prognosi. Vi sia di regola generale intanto che, nelle forme di meningismo vi è sempre o quasi anche la compromissione tossica del sensorio mentre nella meningite possiamo avere forme gravi che si svolgono in piena lucidità.

Ammessa così, nel nostro malato una fase di meningismo tifoso, dobbiamo porci una domanda che ci servirà anche di guida nella discussione ulteriore degli altri fenomeni nervosi e cioè se nel nostro malato l'evento di fatti di meningismo sia espressione di una particolare labilità individuale o costituzionale del sistema nervoso, o piuttosto vada considerato come una tendenza, talora in alcuni casi chiaramente rilevabile, alle localizzazioni nervose del virus come se questo fosse dotato di spiccate o elettive proprietà neurotrope. È noto che l'importanza della reattività del soggetto nella comparsa delle complicazioni nervose del tifo, come del resto di molte malattie infettive, è dimostrata dalla preponderanza delle complicazioni stesse nelle donne, nei bambini (come qui), nei soggetti nervosi o comunque a sistema nervoso defedato. D'altra parte l'ammissione di un vero neurotropismo del virus vien suggerito nel nostro caso dall'incalzarsi e dal ripetersi degli episodi nervosi e relative complicazioni.

Ambedue le ipotesi, quindi, sono verosimili e probabili e forse non ci allontaneremo dal vero ammettendo che l'uno e l'altro fattore abbiano concorso nel nostro caso al determinismo dei fenomeni.

Ma se nel nostro caso la diagnosi di meningismo tifoso poteva essere ancora sufficiente nei giorni scorsi, non può certo ancora oggi, renderci conto di tutta la sintomatologia che assieme abbiamo rilevato. Donde subito il problema preliminare se un'altra malattia è insorta e se potremo invece ancora tutto riportare al tifo sofferto.

Voi mi sentite sempre affermare che in genere (dico in genere perchè i casi singoli sono sempre presenti ad ammonirci del contrario) quanto più una diagnosi è semplice ed unitaria tanto più ha probabilità di essere esatta. E d'altronde, nel nostro paziente è esistita tale una continuità di fenomeni e già, dal suo ingresso la sintomatologia nervosa talmente si imponeva alla nostra attenzione, che ci ripugna l'ipotesi di una malattia distinta dal tifo e susseguente a questo. Ma per procedere con rigore critico e metodo scolastico vediamo pure quale potrebbe essere quest'altra malattia.

Non certo sarà il nostro paziente affetto da una Heine-Medin a tipo encefalo-mielitico disseminato. Basterebbe a convincerci di ciò solo il fatto che la sintomatologia è insorta e si è progressivamente delineata e successivamente svolta proprio quando il paziente sfebbrava e che vi è clono del piede ecc. Si può considerare una paralisi ascendente acuta di Landry perchè proprio questa mattina abbiamo notato una qualche difficoltà alla deglutizione e perchè voi sapete che questa malattia dà paraplegia potendo predominare più da un lato che dall'altro e in sua rapida progressione ascendendo finisce per spegnere il malato attraverso fenomeni bulbari. Ma voi conoscete la sintomatologia progressiva, tumultuosa, inesorabile, senza respiro e sosta che caratterizza la forma in questione, e vi rendete conto come essa non si accorda menomamente con la forma lentamente progressiva, tendente alla stabilizzazione e talora alla regressione cui ci troviamo di fronte anche per questa forma rammentando che il clono del piede bilaterale suonerebbe in pieno contrasto. Nè può trattarsi di una mielocerebrite multipla gommosa luetica dato che nessun segno clinico, anamnestico, o sierologico, ci porta sia pur lontanamente, a sospettare una lue nel nostro malato, così come non può all'evidenza parlarsi di encefalite epidemica o d'altro.

E allora, non avendo altre ipotesi logiche da prospettare, possiamo ritenere di esser di fronte ad una forma dipendente dal tifo sofferto.

Le complicanze nervose, centrali e periferiche del tifo sono numerosissime.

Vi ho già parlato del meningismo tifoso e del meningo tifo, e può ricordarsi la possibilità di emorragie meningee. Nel campo delle lesioni del neurasse, anche conosciamo mieliti tifiche, forme spinali che mentiscono in pieno la paralisi ascendente acuta di Landry, lesioni encefaliche, sia riportabili a veri e propri focolai flogistici circoscritti con relativi fenomeni di localizzazione, bulbare, cerebellare, mesencefalica, corticale, sottocorticale, ecc. sia a fenomeni tossici generali, che si rivelano con deliri onirici, psicosi, mutismi, amaurosi, sordità e, infine, perturbamenti più o meno gravi del carattere che assumono spesso quella particolare forma di puerilismo psichico che caratterizza, abbastanza frequentemente, le convalescenze dei tifosi. Talora, infine, arriviamo a vere e proprie amenzie acute. E Concetti ha descritto una atassia cerebellare post-tifica. Se poi pensiamo a tutte le possibili lesioni secondarie alle vasculiti tifose (arterite, aneurismi, trombosi, emorragie) e a tutte le possibili localizzazioni di tali lesioni, ci rendiamo conto della multiformità dei quadri clinici, che il tifo può indurre a carico del sistema nervoso centrale. Nel campo periferico invece sono relativamente frequenti le neuriti, e sopratutto dell'ischiaticopopliteo esterno e del cubitale, decorrenti con dolori e intorpidimenti cui se-

guono l'indebolimento motorio e l'atrofia. Esistono anche forme a carico di molti nervi cranici e di quasi tutti gli altri nervi.

Chi vedesse per la prima volta questa mano cadente e ballante correrebbe subito col pensiero ad una paralisi del radiale, specie tenendo conto dell'ipotonia e dell'atteggiamento. Vi ho già parlato d'altronde di qualche doloretto alla radice della coscie e del braccio che ha preceduto da comparsa della paralisi e mi sono dimenticato di dire che il piede sinistro e la gamba destra presentano una evidente disestesia avvertendo il caldo per il freddo e viceversa. Inoltre l'ipotonia dei muscoli colpiti, e la notevole diminuzione dei riflessi patellari sono tutti sintomi in chiave con una diagnosi di polineurite. Diagnosi che avrebbe il vantaggio di spiegarci la coesistenza della paraparesi inferiore e della monoparesi brachiale, ma che d'altra parte per varie argomentazioni non accettiamo.

Infatti, se la mano cadente richiama le paralisi del radiale, non dobbiamo dimenticare che accanto alla paralisi dei muscoli della regione posteriore e laterale dell'avambraccio, innervati dal radiale, nel corso del nostro esame obbiettivo, abbiamo rilevato segni indubbi di compromissione di altri muscoli innervati da altri nervi del plesso brachiale. Ricorderò il flessore ulnare del carpo innervato dall'ulnare, gli interossei innervati pure dall'ulnare, il flessore radiale del carpo innervato del mediano e, infine, i lombricali innervati sia dal mediano che dall'ulnare. Si tratta quindi di una paresi globale, massiva dell'estremo dell'arto, cui partecipano almeno tre nervi del plesso brachiale e cioè: mediano, radiale, ulnare.

Ma se anche la compromissione contemporanea di questi tre nervi è conciliabile con l'ipotesi di una polineurite, un fatto che già ho ricordato, contrasta nettamente con tale ipotesi diagnostica, ed è la manifesta esagerazione del riflesso tricipitale destro. Sarebbe, infatti, una illogicità ammettere la esagerazione di questo riflesso in campo di una completa paralisi atonica per neurite.

Inoltre la dolorabilità delle masse muscolari e dei tronchi nervosi è troppo scarsa dacchè se le prime presentano una certa dolenzia, i secondi invece sono praticamente indolenti. Inoltre non abbiamo segno di Erb, non grossolani disturbi del trofismo, e per gli arti inferiori non Lassegue mentre accanto ai patellari indeboliti, abbiamo una evidente esagerazione dei riflessi tendinei più distali (fino al clono del piede per iperreflettività dell'achilleo) che se può anche talora precocemente presentarsi in casi di polineuriti iniziali, è inconciliabile con una polineurite già così avanzata da dare completa paraplegia come nel nostro malato. Senza contare che accanto a questi fenomeni negativi, abbiamo tutta un'altra serie di fatti che ci portano direttamente a sospettare una lesione centrale: ricorderò l'automatismo spinale, il Babinsky, i fenomeni sfinterici, e infine la distribuzione della disestesia, che non è tronculare ma segmentaria, a tipo nettamente centrale. Dobbiamo quindi risalire verso i centri nervosi e non pensare ad una meningite perchè i fenomeni meningei, al comparire delle paralisi sono andati regredendo ed oggi sono appena accennati. Ci troviamo così a dover ricercare la localizzazione delle lesioni nella sostanza stessa del neurasse.

Cominciando dalla paraplegia, potremo ammettere per essa non già una origine cerebrale ma spinale. Voi sapete però che una paraplegia di origine cerebrale può sussistere ma allora o presuppone gravi lesioni cerebrali biemisferiche o una unica vasta localizzazione mediale nel punto in cui le due circonvoluzioni frontali ascendenti dei due emisferi, si riavvicinano in corrispondenza del vertetice coi due lobuli paracentrali. Un trauma, un tumore partente dalla falce, una gomma che colpisca l'encefalo in questo punto, possono dare una paraplegia di origine cerebrale, corticale. Ma è evidente che nel nostro caso una tale eventualità, come quella di vaste lesioni emisferiche simmetriche bilaterali, deve essere scartata per l'assenza assoluta di qualsiasi sintomatologia collaterale che orienti verso un tal sospetto diagnostico. L'esclusione di questa possibilità, e i patenti fenomeni che ci indirizzano direttamente verso la lesione midollare (Babinsky, fenomeni d'automatismo e sfinterici) ci conducono senz'altro ad ammettere la genesi della paraplegia in una lesione del midollo.

Ma anche bisogna spiegare i fenomeni paralitici a carico del braccio. Esclusa la polineurite dobbiamo considerare una eventuale lesione spinale del rigonfiamento cervicale. Ma anche questo è improbabile perchè, accanto alla lesione del braccio vi è la lesione del settimo dello stesso lato che fa più facilmente pensare alle compromissioni di tutto il lato destro, piuttosto che ad una monoparesi brachiale. E a me pare che appunto l'intrecciarsi di una emiparesi con una paraplegia possa spiegare soddisfacentemente gran parte dei fenomeni nervosi presentati dal nostro malato. Non dimenticate infatti che ho richiamato la vostra attenzione sopra il contegno del riflesso patellare di destra che ora è presente mentre quello di sinistra manca e che nei giorni scorsi si presentava particolarmente vivace, mentre allora il sinistro era semplicemente ancora presente. Il quale fatto ci dice, che a destra le due sintomatologie s'incrociano e il patellare di questo lato, che dovrebbe essere logicamente abolito dalla paraplegia, viene risvegliato dalla componente emiplegica cerebrale. Il fatto non è inammissibile in neuropatologia. Esistono perfino dei vecchi tabetici con riflessi patellari spenti da anni, nei quali quan-

do per una lesione cerebrale insorge una emiplegia, il riflesso patellare del lato colpito, può ricomparire talora perfino vivace.

Nè d'altra parte emiplegie, tifiche o postifiche, sono evenienze di eccezionale rarità, e molti casi offre l'osservazione dei malati. Alcune di queste forme sono attribuibili a focolai di encefalite tifica, altre ad ascessi, arteriti, trombosi ecc. Sono episodi morbosi che compaiono generalmente in febbri tifoidi a manifestazioni cerebrali multiple e, mentre quelli dovuti ad ascessi, arteriti ed embolie hanno la prognosi funzionale che voi potete immaginare, quelli dovuti a focolai di encefalite tifica, vennero già da Nothnagel segnalati come qualche volta transitori ed incompleti.

Volendo quindi ammettere il sovrapporsi di queste due sintomatologie, paraplegica ed emiplegica, in cui la sintomatologia emiplegica è, in basso, sommersa da quella paraplegica, ci vediamo naturalmente costretti ad ammettere più di un focolaio. Cominciamo da quello che abbiamo già localizzato nel midollo spinale. A che altezza si troverà il *quid* lesivo che ha dato la paraparesi? Non è molto difficile lo stabilirlo seguendo i dati forniti dai riflessi tendinei e possiamo così rinunciare a servirci dei cosiddetti riflessi di difesa. Voi sapete che tali riflessi sono stati utilizzati per stabilire il limite inferiore di lesioni spinali in base al limite superiore del territorio cutaneo in cui sono provocabili. Però la cosa è indaginosa e non priva di cause di errore. Seguiamo quindi la via classica. Abbiamo gli achillei esagerati, quindi dobbiamo ammettere la lesione al disopra del quinto segmento lombare. Ma non dobbiamo risalire neppure troppo in alto, perchè, se la lesione fosse al disopra del centro del riflesso rotuleo dovremmo avere clono della rotula, così come abbiamo clono del piede. Nè possiamo rimanere troppo al disotto di tale centro perchè altrimenti i riflessi rotulei non avrebbero presentato le variazioni che abbiamo constatato.

Ci troviamo quindi a dover ammettere la lesione in pieno rigonfiamento lombare subito sotto il centro del rotuleo, a un livello tale cioè che abbia prima sfiorato e infine direttamente compromesso il centro del patellare. È precisamente intorno al terzo segmento lombare che un processo morboso dipendente dal tifo, e di cui dobbiamo ancora stabilire la natura, sta sezionando il midollo con un decorso oscillante e non fatalmente progressivo non avendo raggiunto ancora funzionalmente la sezione completa. Infatti i riflessi a sede inferiore sono presenti ed esagerati, la sensibilità è solo un po' compromessa ma non in modo grave e i fenomeni sfinterici ci appaiono appena abbozzati.

Se questa localizzazione ci sembra abbastanza sicura, il focolaio da cui dipende l'emiparesi, non è invece facilmente localizzabile e ci riporta in pieno encefalo. Non possiamo ammetere una lesione corticale che dovrebbe essere enormemente estesa e colpire tutta la circonvoluzione prerolandica e compromettere la parola. Nè possiamo scendere fino alla capsula perchè si dovrebbe avere una sindrome molto più estesa e molto più grave e una lesione del VII molto più marcata. A me sembra che, se immaginiamo una lesione nel centro ovale immediatamente sopracapsulare, che comprometta le fibre motrici senza veramente distruggerle, ci possiamo spiegare con sufficiente chiarezza, la sindrome emiparetica del nostro malato.

Ammesse queste due localizzazioni resta a stabilirne la natura. Per prima cosa possiamo discutere ed escludere le vasculiti tifose. Abbiate tuttavia sempre presente questa importantissima affezione che può aiutare ad interpretare la patogenesi di molte sequele e complicanze del tifo. Ma nel nostro caso non sembra possano venir chiamate in causa. Procedendo, infatti, per esclusione, potremo affermare non trattarsi di embolie multiple e perchè non ne sapremmo l'origine e perchè ben altrimenti improvviso ne sarebbe stato l'inizio. Nè penseremo ad emorragie cerebrali, rachidiene e midollari dacchè quando una tale evenienza si stabilisce nel corso o nella convalescenza del tifo, l'inizio è generalmente quanto mai brusco.

Ricordiamo invece che il nostro paziente all'ingresso presentava già ariflessia, senza che la motilità fosse spenta, e che i fenomeni motori si sono aggiunti solo più tardi. Il che fa pensare ad un processo lento e progressivo e a lesione che si instauri bruscamente. Ma non è probabile si tratti di tromboarterite occlusiva. Se ricordiamo la distribuzione anatomica dei vasi del midollo spinale, apparirà la difficoltà di spiegare una lesione così vasta con l'occlusione di un solo vaso. E, d'altronde, saremmo costretti ad ammettere una contemporanea lesione anche in un vaso cerebrale che, nel nostro caso, non potrebbe essere altro che la silviana. Localizzazione che presenterebbe necessariamente una ben altra e più vasta sintomatologia non esclusa quella a carico del centro di Broca.

Esclusi così i fenomeni vascolari ci restano a discutere due sole possibilità: o ascessi tifosi, o focolai disseminati di cerebrite e di mielite. Gli ascessi tifosi sono possibili, ma, relativamente rari. Non dimentichiamo che la sintomatologia nervosa è insorta nel nostro malato, quando egli era già apirettico e con le reazioni sierologiche in piena diminuzione. Tuttavia non per questo dovremmo escluderli tenendo presente che il b. di Eberth, come il m. melitense, quando diviene piogene ha in genere perduto di virulenza. Ha invece valore contro la possibilità della natura ascessuale delle lesioni nervose, la mancanza di feno-

meni collaterali. L'esclusione, quindi, di questa possibilità e d'altra parte il particolar modo di svolgersi e le caratterisiche cliniche, specialmente del focolaio midollare ci portano direttamente ad ammettere la diagnosi di encefalo mielite tifosa.

Alle mieliti e alle localizzazioni infiammatorie cerebrali tifiche già ho prima accennato.

Ma può aggiungersi che in queste forme è tipica l'insorgenza nei bambini, i quali rappresentano una alta percentuale nella categoria della mielite tifosa, e che è pure tipica la comparsa dopo la fine dell'infezione.

Sono, secondo la frase espressiva di Landouby, « paralisi epilogo ». A meno che non si tratti di quei singolari casi di vera forma encefalica della febbre tifoide senza i sintomi classici addominali e che Andemard ha descritti come « cèrébrotyphus sans dothientèrie » o delle rare forme ipertoniche dell'encefalite tifica di Meige e Kaplan per le quali il malato ha l'aspetto di un individuo affetto da encefalite epidemica, e dovute ad una localizzazione infettiva a predominanza striata, il che senza dubbio è nel tifo affatto eccezionale.

Possiamo, dunque, inquadrare il nostro malato nel modo seguente: egli è affetto da una paraplegia e da una emiparesi. A base della prima esiste sicuramente un focolaio di mielite tifica del rigonfiamento lombare. A base della seconda, si trova un probabile focolaio di cerebrite più tenue localizzato nel centro ovale sopracapsulare. Tanto l'uno che l'altro focolaio possono venir compresi nel quadro della encefalomielite disseminata tifica.

Ma un'ultima questione ci si prospetta; e cioè la causa della fenomenologia a carico dell'occhio destro. Non vi nascondo che il problema è di una estrema difficoltà, e si è per questo che per ultimo ne parlo onde poterlo affrontare quando il resto del quadro è già sufficientemente chiarito. Affidiamoci sopratutto all'esame del « fundus oculi ». Questo ci dice che, mentre non esistono fenomeni morbosi apprezzabili a carico della papilla, e mentre nulla di patologico si rileva a carico delle arterie, i vasi venosi presentano un turgore notevole quale si osserva in tutti gli ostacoli di circolo retro bulbare e specialmente nella neurite retrobulbare. E poichè noi conosciamo le neuriti tifiche e, tra queste, numerosi casi precisamente localizzati ai nervi cranici, dei quali l'oculomotore comune, è uno dei più frequentemente colpiti, possiamo sulla guida del reperto oftalmoscopico, ammettere, sia pure in via ipotetica, una neurite retrobulbare dell'ottico, si che potremo completare la diagnosi generale affermando che il malato è affetto da una encefalo neuromielite tifica a focolai disseminali.

Benchè non di certezza assoluta tale diagnosi presenta il vantaggio di permetterci di essere semplici ed unitari. Infatti, malgrado che il processo logico, sia apparentemente lungo e complesso, noi abbiamo seguito un sistema rigorosamente clinico, abbiamo cioè cercato d'individuare con la maggiore approssimazione la lesione esistente, l'abbiamo localizzata là dove l'anatomia clinica ci insegna e ne abbiamo interpretato la natura, vagliando rigorosamente le condizioni morbose del malato.

Ma se tale è la diagnosi, è facilmente inteso quanto dobbiamo essere riservati nella prognosi, tanto più data l'ignoranza di quanto fino ad ora è stato distrutto e di quanto eventualmente potrebbe in seguito venir distrutto ancora.

Possiamo tutt'al più affermare, in base a quanto prima vi ho detto circa alla transitorietà degli episodi di encefalite tifica, che la sintomatologia cerebrale avrà più probabilità di guarigione che non quella spinale. Troppo gravi e troppo costanti sono i segni di compromissione spinale, perchè noi possiamo aspettarci una loro completa scomparsa.

Voi ben sapete che nel sistema nervoso quanto è distrutto non si restaura. La cellula nervosa infatti, paga la sua nobiltà funzionale con la sua insostituibilità. Nella migliore delle ipotesi data la gioventù del soggetto, potremo sperare in qualche fenomeno di compenso e di supplenza.

In conseguenza a quanto abbiamo detto, è chiaro, come noi ci troviamo dal punto di vista terapeutico quasi disarmati. Una accurata vigilanza ed una intelligente terapia sintomatica è tutto quanto possiamo fare per il nostro infermo.

Nel lungo periodo di degenza che seguì la presentazione del malato, la compromissione dell'occhio sinistro, con un quadro oftalmoscopico identico al destro, e la successiva, lentissima, graduale ripresa che raggiunse una restaurazione funzionale quasi completa, bilateralmente, confermarono l'ipotesi diagnostica di neurite ottica. Ugualmente regredirono tutti i fenomeni motori della metà superiore destra del corpo e i disturbi sensitivi degli arti inferiori. La paraplegia, invece, migliorò scarsamente e scarsamente pure migliorarono i disturbi vescicali, che condussero anche all'istaurarsi di una cistite.

Il bambino, portatore ancora di una paraparesi flaccida e di una paresi vescicale, venne alla chiusura della clinica trasferito in un ospedale pediatrico sia per il proseguimento della cura, sia perchè ancora nei giorni prima della dimissione dalla clinica, ripetuti esami culturali delle urine avevano dimostrato in esse la presenza di abbondanti bacilli di Eberth. È evidente quale fonte di infezione sarebbe stato il bambino, qualora tornato nell'ambiente famigliare avesse quivi seguitato a perdere urine così pericolosamente infette.

NOTE E CONTRIBUTI.

SANATORIO CHIRURGICO IN REGGIO CALABRIA
Direttore: Prof. On. R. CAMINITI.

Il legamento teres come momento patogenetico dell'ernia epigastrica.

Dott. VITTORIO ALBERTI, aiuto.

La presente nota si riferisce all'osservazione clinica di una donna di anni 33, contadina, da Martone (Reggio Calabria), madre di cinque figli tutti viventi e sani. I primi segni della malattia in esame pare si siano manifestati subito dopo l'ultimo parto (cioè circa dieci mesi fa) contemporaneamente ad un marcato deperimento della nutrizione generale.

L'ernia dapprima di volume piccolo gradatamente divenne più vistosa; poi si rese fissa e irriducibile e negli ultimi tempi di tanto in tanto produceva dolori intensi a tipo trafittivo e quando la paziente ingeriva qualche pasto abbondante avvertiva notevoli disturbi come stiramento doloroso all'epigastrio e all'ipocondrio destro, senso di peso e di gonfiore epigastrico e talvolta perfino vomito. La donna si ricoverò allora nel nostro sanatorio per essere operata.

All'operazione (operatore prof. R. Caminiti assistito dal dott. V. Alberti, 28-V-1932), nell'isolare il contenuto erniario colpì l'aspetto cordoniforme del viscere che si affondava profondamente in alto e verso l'ipocondrio destro, ed eseguendo trazione su di esso era netta la sensazione che provenisse proprio dal fegato. Fra due legature, di cui la superiore fu applicata quanto più in alto possibile, si recise il tratto isolato. L'atto operativo fu proseguito col metodo Mayo Robson che com'è noto essenzialmente consiste nell'aprire ampiamente, trasversalmente le guaine dei retti, e che al pregio di una facile esplorazione commette quello di una buona e valida cicatrice.

La guarigione avvenne per primam.

All'esame anatomico il pezzo resecato si trovò costituito dal cordone ombelicale inginocchiato, contenente nel suo spessore i vasi ombelicali.

Ma questi, invece di essere obliterati e trasformati in esili cordoncini fibrosi, come normalmente avviene sin dai primi mesi extrauterini, si presentarono abnormemente grossi, pervii allo specillo e sanguinanti.

L'esame macroscopico fu completato da ricerche istologiche (1) che confermarono il reperto della perfetta conservazione delle tuniche vasali e misero in evidenza, all'esame microscopico a forte ingrandimento, immagini di globuli sanguigni integri e col metodo Weigert anche ben evidenti le fibre elastiche vasali. Assenza invece di tessuto adenomatoso.

(1) La parte istologica fu eseguita nell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università di Messina, diretto dal prof. F. BATTAGLIA.

* * *

Non è certo sotto l'aspetto clinico o operatorio che qui intendo notare il riferito caso di ernia epigastrica; è invece sotto l'aspetto patogenetico che mi è sembrato degno d'attenzione.

La *patogenesi* delle ernie epigastriche non è un capitolo in cui l'accordo è completo. Al riguardo è noto che il Villard (1) sin dal 1922 in una seduta della Società delle Scienze mediche di Lyon aveva proposto la teoria dell'ernia « da scivolamento », congenita; a sostegno della sua tesi egli adduceva la non rara assenza del sacco, la notevole prevalenza delle ernie epigastriche sulle sottombelicali e la diretta constatazione anatomica della presenza di una parte più o meno grande del legamento teres del fegato nel contenuto dell'ernia.

Il problema della patogenesi delle ernie epigastriche non è stato risolto dalle vedute del *Villard;* ma questi ebbe il merito di aver richiamato l'attenzione sulla influenza che ha nella patogenesi stessa il legamento teres del fegato.

Difatti data la configurazione e la topografia del legamento; il suo normale decorso nella regione epigastrica, ove il peritoneo forma come una « fossetta » che rappresenta quasi un sacco erniario naturale; e data anche la frequenza con cui esso suol trovarsi in rapporto a smagliamenti aponevrotici della linea alba (ivi esistenti o come fori naturali fra gl'intrecci dei plessi fibrosi aponevrotici o come punti di emersione di vasi o di nervi) son realizzate quasi tutte le condizioni richieste pel determinismo patogenetico di un'ernia, che appunto si suol costituire ovunque esistano « punti deboli » naturali o « acquisiti ». Se poi alle predette condizioni naturali predisponenti anatomotopografiche venga a sommarsi uno stato anatomico abnormente anomalo del legamento stesso, come p. e. nel nostro caso in cui in luogo dei sottili resti fibrosi dei vasi ombelicali, vi era un cordone duro, teso e rilevante, il ruolo patogenetico resta ancora più ovvio e manifesto.

Il reperto riscontrato abbastanza eccezionale per un adulto, in cui l'obliterazione dei vasi

ombelicali avrebbe dovuto trovarsi completa (pare che il termine per la obliterazione sia verso il 15-16° mese di vita, sebbene secondo alcuni autori essa si compirebbe già alla fine del 1° mese) induce a ritenere che il legamento nel caso in esame, abbia dovuto aver una decisa influenza patogenetica e per il suo volume e per la trazione esercitata, e forse anche per la circolazione sanguigna esistente in minimo grado.

Dal punto di vista pratico la conoscenza della evenienza del legamento teres nelle ernie epigastriche ha importanza oltre che per la patogenesi anche per la terapia e per la diagnosi.

Per la terapia perchè è necessario l'impiego di accorgimenti adeguati sia durante l'isolamento del viscere che nella resezione; per la diagnosi perchè serve ad interpetrare turbe nosologiche specie epatiche che spesso accompagnano queste ernie.

Altrimenti talvolta restano inevitabili gli errori di tecnica operatoria e di diagnosi e quindi la persistenza di postumi oscuri e ribelli, causa di disparate ipotesi e nuovi interventi, che in passato furono proprio le ragioni che infirmarono la bontà stessa della terapia chirurgica delle ernie epigastriche, che invece da Terrier in poi si è andata sempre più affermando e perfezionando come unica cura di queste affezioni.

Per *concludere* il legamento teres del fegato in molti casi di ernie epigastriche ha una decisiva importanza nel determinismo patogenetico di esse sia per la sua situazione topografica, sia talvolta per la sua conformazione, o per anormali disposizioni.

Gli altri fattori comunemente ammessi restano nel loro giusto posto, sia quali momenti anatomici predisponenti come l'allentamento dei fasci aponevrotici della linea alba e delle naturali inscriptiones tendineae della regione, o come la preesistenza di zone ipoplasiche (Princeteau) o di altri « punti deboli » frequenti in questa sede, o come la presenza di lipomi properitoneali con la cosidetta fossetta peritoneale, sia come cause occasionali acquisite, ad esempio, ripetute gravidanze, il ripetersi di sforzi prolungati o eccessivi con grande aumento della pressione addominale; fattori in parte esistiti nella nostra paziente.

RIASSUNTO.

L'A. sostiene l'influenza del legamento teres nella patogenesi di molte ernie epigastriche e illustra un reperto anatomoperatorio di ernia epigastrica contenente il legamento teres del fegato, nel cui spessore i vasi ombelicali si presentarono anomalamente ben conservati.

BIBLIOGRAFIA.

1) Villard. Seduta del 27 febbraio 1922 della Società delle Scienze mediche di Lyon (cfr. Donati. *Trattato di Chirurgia dell'addome*).
2) Testut. *Trattato di Anatomia umana descrittiva.* Angiologia, vol. IV.
3) Princeteau. XXIX Congresso francese di Chirurgia, 1913.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

II Padiglione Policlinico Umberto I in Roma
diretto dal Prof. O. Margarucci.

Sede non comune di ghiandola tiroidea accessoria

per il dott. Innocenzo Nuvoli, chirurgo aiuto.

L'importanza clinica del seguente caso occorsomi nel II Padiglione del Policlinico Umberto I, diretto dal Prof. O. Margarucci, è data dalla presenza di tiroide accessoria in sede anomala.

La tiroide accessoria da me asportata occupava infatti la regione della nuca ed in piccola parte la regione sopraclavicolare, essendo essa situata sotto il muscolo trapezio e sconfinando dal margine esterno di questo solo per un quinto del suo volume.

Storia clinica. — Luigia N. fu Salvatore, a. 60, d. d. c. L'anamnesi famigliare e quella personale remota sono negative; quattro anni fa notò una tumefazione al lato destro del collo, la quale è andata gradatamente crescendo senza dare disturbi e producendo soltanto una deformità, della quale la N. vuol liberarsi.

Es. obb.: Condizioni generali buone. Torace, cuore, addome normali. Nella metà destra della regione della nuca esiste un tumore della grandezza di un uovo, che in avanti sorpassa i limiti esterni della regione per invadere la regione sopraclavicolare. Esso è situato in corrispondenza dell'unione del terzo superiore coi due terzi inferiori del margine esterno del trapezio. Il tumore è liscio, regolare, di consistenza fibrosa ed uniforme, indolente alla palpazione ed alla pressione, spostabile nelle varie direzioni. La pelle sovrastante è normale, mobile e sollevabile in pliche.

Fu fatta diagnosi di fibro-lipoma del collo.

Operazione. Anestesia locale novocainica; taglio losangico lungo il margine esterno del trapezio comprendente la cute, il sottocutaneo, il platisma e l'aponeurosi superficiale del collo. Il margine esterno del trapezio viene spostato all'indietro, si scopre così il tumore situato sotto detto muscolo e si procede alla sua enucleazione. Sutura totale, guarigione per prima.

Es. macroscopico. Il tumore enucleato ha l'aspetto esterno di un lobo di tiroide avente una capsu-

la di colore bianco perlaceo, solcata da vasi sanguigni.

Al taglio appare formato da tessuto carnoso, così da sembrare un sarcoma.

Es. microscopico. (Prof. Vernoni). Tessuto perfettamente conservato costituito quasi esclusivamente da elementi epiteliali, che formano cumuli ma soprattutto vescicole fatte da uno strato epiteliale cubico unico e ripiene di materiale omogeneo acidofilo, di aspetto assolutamente identico a quello della colloide tiroidea normale. L'elemento interstiziale è scarsissimo ovunque e rappresentato quasi esclusivamente da sistema vascolare

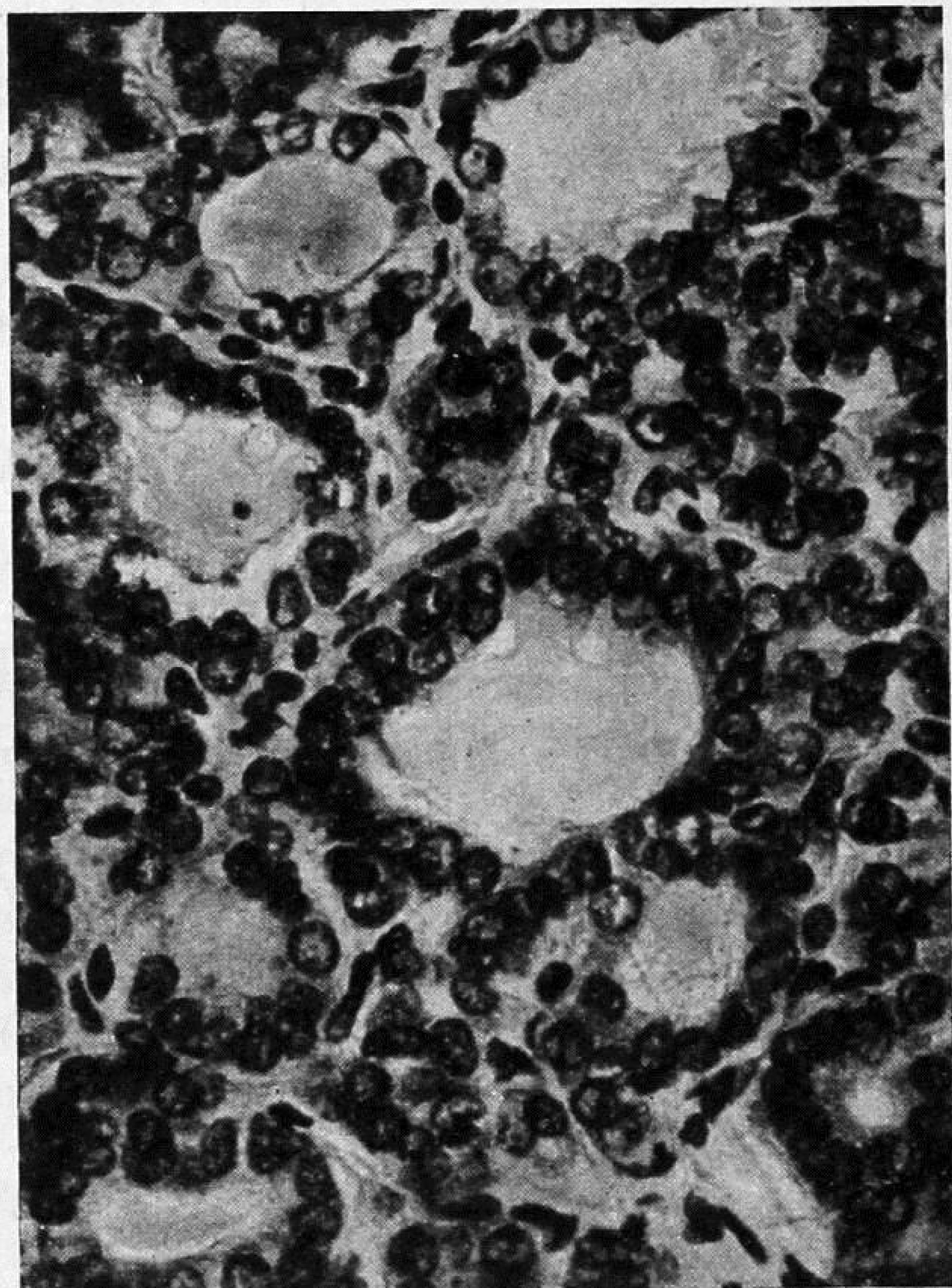


Fig. 1.

sanguigno e linfatico e precisamente da capillari o lacune, di cui si distingue quasi solo l'endotelio. Va aggiunto che la sostanza colloide oltre che nelle vescicole è anche contenuta in grande quantità negli interstizi del tessuto e in quelle lacune irregolari rivestite, come si è detto, dal semplice endotelio. Si ha l'impresione, se non la certezza, che in molti punti le vescicole epiteliali si aprano direttamente in queste lacune ricche di colloide. Nel complesso dunque questo tessuto abnorme riproduce così bene la normale ghiandola tiroide, da poter essere scambiato con essa.

Questo caso clinico è un contributo allo studio delle *ghiandole tiroidi accessorie* o *ghiandole tiroidi aberranti;* cioè a dire di quegli ammassi ghiandolari, vari per forma e per dimensioni che si sviluppano nelle adiacenze della ghiandola tiroide e che con tale ghiandola hanno comune l'origine embrionale, la struttura anatomica e la funzione.

La sua importanza è data non tanto dal reperto di una ghiandola tiroidea accessoria, quanto dalla sede da essa occupata; infatti delle tiroidi accessorie finora descritte, nessuna occupa la regione della nuca, pur essendo state riscontrate nelle più diverse località, ora vicine alla ghiandola tiroide e per ciò chiamate *tiroidi accessoriae proximae*, ora distanti e perciò chiamate *tiroidi accessoriae remotae*.

Queste tiroidi remote accessorie sono state constatate:

1) nella lingua (Wolf, Butlin);

2) nella regione retrofaringea (Czerny Weinlechner);

3) nella regione retroesofagea (Zenker);

4) nella regione sottoascellare (Demme, Pinner, Hofter, Socin, Hanel);

5) nel canale laringotracheale (Zimmsen, Bruns, Heise, Roth);

6) nel bronco destro (Radestok);

7) nella regione ioidea (Rauget, Lücke);

8) nella cricotiroidea (Langenbeck);

9) nella sopraclavicolare (Madelung, Lücke, Hinterstoissier);

10) nella regione mediastinica e precisamente sull'arco aortico sopra il pericardio (D'Aiutolo).

Nel nostro caso la massa ghiandolare tiroidea asportata era situata nella regione della nuca sotto al muscolo trapezio, fra questo e il muscolo splenico del capo; solo il polo superiore sconfinava da detta regione per invadere il triangolo omo-trapeziano della regione sopraclavicolare. Come è noto, la regione sopraclavicolare è attraversata obliquamente dal muscolo omoioideo che la scompone in due triangoli: uno superiore detto omo-trapeziano e limitato: in basso dal detto muscolo omoioideo, superiormente e in avanti dal bordo posteriore del muscolo sterno-cleido mastoideo, superiormente e indietro dal bordo anteriore del trapezio ed uno inferiore detto omo-claveare delimitato in basso dal margine superiore della clavicola, anteriormente dal margine posteriore dello sterno cleido mastoideo e superiormente dal margine inferiore dell'omoioideo.

L'area del triangolo omo-claveare è occupata dalla fascia cervicale media al disotto della quale passano le radici del plesso brachiale, l'arteria e la vena succlavia avvolte da tessuto adiposo ricco di vasi e di ghiandole linfatiche.

Nel triangolo omotrapeziano invece si trovano solamente le branche del plesso cervicale superficiale e tessuto grassoso.

La ghiandola tiroidea accessoria da noi asportata da sotto il muscolo trapezio guadagnava con il suo polo superiore il triangolo omo-trapeziano, non contraeva quindi nessun rapporto con gli organi contenuti nel triangolo

omo-clavicolare. Per questi rapporti quindi la asportazione fu facile e senza pericoli, tanto più che la tumefazione si presentava come massa fornita di una capsula e perciò facilmente enucleabile. Tali favorevoli condizioni operatorie non si sarebbero avute se, invece di una tiroide aberrante, si fosse trattato di lipoma, come clinicamente si era diagnosticato, anche perchè i lipomi del collo sono spesso privi di capsula o sono forniti di capsula esile e friabile.

Inoltre i lipomi si insinuano profondamente fra gli interstizi muscolari e fra i nervi e i vasi sanguigni del collo, invadendo così la regione carotidea e talora anche il triangolo omoclaveare della regione sopraclavicolare. Si comprende pertanto l'importanza pratica di una diagnosi differenziale tra tiroide accessoria e tumore benigno del collo. Purtroppo la diagnosi è sempre difficile, poichè le tiroidi accessorie, come qualunque altro tumore benigno, sono indolenti e sono situate nelle varie regioni cervicali, aventi al pari dei tumori benigni forma rotondeggiante, lento accrescimento, grandezza variabile fra un cece e un arancio, superficie regolare e liscia, consistenza variabile, spostabilità nelle varie direzioni e sempre sono ricoperte di cute normale, sollevabile in pliche. Questi caratteri, comuni alle due entità patologiche possono far confondere la tiroide accessoria con qualunque altro tumore benigno del collo. Qualche segno clinico può però metterci nel sospetto di trovarci innanzi ad una tiroide accessoria. Secondo D'Aiutolo coesisterebbero nella maggior parte dei casi alterazioni patologiche o malformazioni od ipotrofia della ghiandola tiroidea normale, variazioni poi del metabolismo basale per lo più in aumento sul tasso normale, sintomi di ipertiroidismo, quali tremori, insogna, palpitazioni, ecc. L'unicità del tumore sarebbe secondo alcuni un segno presuntivo di tiroide accessoria, essendo assai raro che essa sia multipla. I primi tre sintomi assumono specialmente importanza nella diagnosi delle tiroidi accessorie situate profondamente, e cioè dietro la faringe o nell'esofago ovvero nel laringe, nella trachea e nei bronchi, accessibili imperfettamente soltanto alla vista per mezzo della laringo-bronco-esofagoscopia. Infine bisogna tener conto che le tiroidi accessorie possono andar soggette a tutte le alterazioni patologiche, che possono verificarsi nella ghiandola tiroide normale, dando luogo ad una grandissima molteplicità di sintomi e di complicazioni. Quando le ghiandole tiroidi accessorie erano sconosciute, anche le loro alterazioni patologiche venivano erroneamente interpretate, cosicchè le *tiroidi accessorie e le strumiti accessorie* venivano scambiate con flogosi delle ghiandole linfatiche, ed i *gozzi o strumi tiroidei accessori* si confondevano con linfomi, lipomi e simili. Oggi devesi tener conto della possibile esistenza di tiroidi accessorie e delle alterazioni patologiche, delle quali esse vanno incontro e alle quali è stato dato il nome di gozzi accessori o strume accessorie.

* * *

Per spiegare l'origine delle tiroidi accessorie bisogna riportarsi all'embriologia della grande e costante ghiandola tiroidea mediana normale, perciò ricordiamo che la ghiandola tiroide nasce da un abbozzo impari (tiroide mediana) al quale si uniscono due altri abbozzi pari (tiroidi laterali).

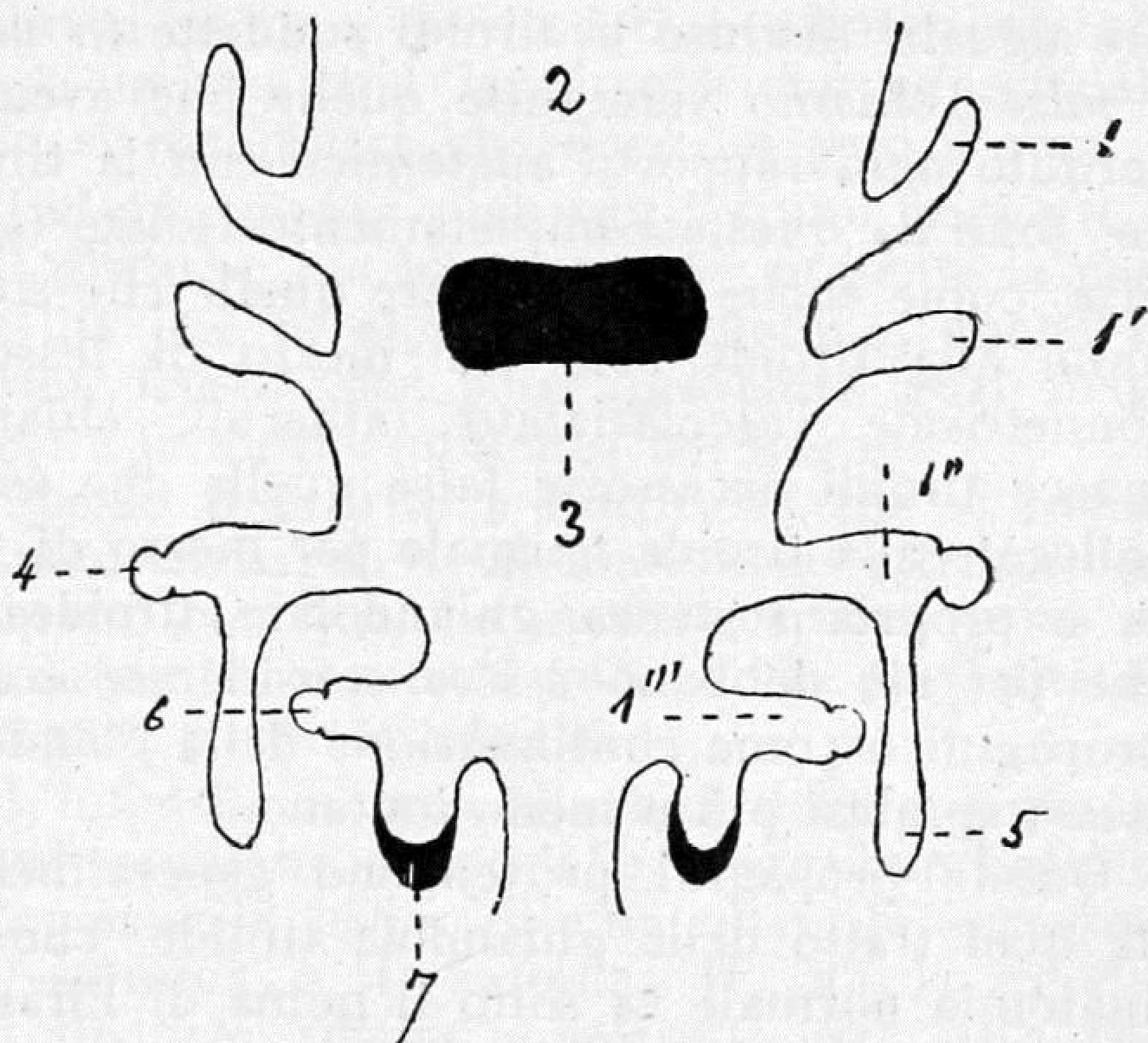


FIG. 2. (da DE MEURON, modificata da TESTUT), 1, 1', 1'', 1''' prima, seconda, terza e quarta tasca branchiale; 2, faringe; 3, abbozzo impari del corpo tiroide; 4, glandola timica; 5, abbozzo del timo; 6, glandola tiroidea; 7, abbozzo pari del corpo tiroide.

L'abbozzo impari consiste in una piccola fossetta epiteliale della parete anteriore del faringe situata sulla linea mediana in corrispondenza del secondo arco branchiale. Tale fossetta si distacca in seguito all'epitelio che le ha dato origine e si trasforma in una vescicola epiteliale a pareti spesse, il cui lume scompare col progredire dello sviluppo e fornisce la parte mediana (istmo) della ghiandola tiroide (His). Gli *abbozzi pari* sono semplici evaginazioni dell'epitelio della quarta tasca branchiale da cui si distaccano tosto e, mettendosi in relazione con l'abbozzo impari formano i lobi laterali del corpo tiroide. (Fig. 2).

L'ammasso cellulare pieno formato dall'unione della tiroide mediana e delle tiroidi laterali ben presto si trasforma in una rete di cordoni pieni anastomizzati, che danno luogo per generazione a cordoni secondari; quindi l'intera rete è sperimentata da tramezzi connettivi

vascolari, nei quali la secrezione tiroidea comincia ben presto ad apparire (sesto mese); alla nascita la struttura è identica a quella dell'adulto.

L'abbozzo impari resta per un dato tempo in comunicazione colla superficie della lingua mediante un canale, il canale tireo-glosso che in seguito scompare salvo in corrispondenza del suo sbocco nella cavità orale ove persiste sotto forma di foro cieco (*foramen caecum*). Kastschenko sostiene che l'abbozzo fornisce la maggior parte del corpo tiroide e che gli abbozzi pari hanno un ufficio insignificante. Per Christiani questi ultimi darebbero origine alle ghiandole tiroidee accessorie.

Il Wolfler avendo osservato che i rapporti anatomici fra le tiroidi accessorie non sono sempre uguali, distinse le tiroidi suddette *in vere e false*: chiamò vere tutte quelle che avendo perduto ogni rapporto anatomico con la tiroide, sono da questa completamente isolate (isolirte) come anche chiamò vere quelle che sono unite alla tiroide solo per mezzo di tessuto connettivale vascolarizzato (allierte); chiamò invece tiroidi accessorie false quelle che sono collegate alla tiroide normale per mezzo di vera e propria sostanza ghiandolare tiroidea o che per ciò debbano essere considerate come propagini o come continuazione della glandola stessa spintasi più o meno lontano.

Queste propagini provengono generalmente da quel tratto della ghiandola tiroide, che in anatomia normale va sotto il nome di Piramide di Morgagni.

Ciò che è veramente interessante è ricordare le ricerche del Porta sulla circolazione sanguigna delle ghiandole tiroidi accessorie, siano esse vere o false, prossime o lontane dalla tiroide normale. Tali ricerche hanno rilevato che la circolazione sanguigna delle une e delle altre proviene di regola dalle arterie tiroidee. Potrebbe sembrare un'eccezione a questa legge il fatto che nella tiroide mediastinica descritta dal D'Aiutolo il sangue arterioso proveniva dall'arteria mammaria interna destra e forse anche dalla sinistra; l'eccezione però, commenta il D'Aiutolo, deve essere logicamente ritenuta come apparente, tenendo conto che Gruber ha descritto arterie tiroidee ime provenienti dalle mammarie interne e che conseguentemente i rami mammari che la tiroide mediastinica riceveva dovevano essere ritenuti come arterie tiroidee suppletive.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di tiroide accessoria situata nella regione della nuca, e ricorda l'embriologia della tiroide.

BIBLIOGRAFIA.

PORTA G. B., *Delle malattie e delle operazioni della ghiandola tiroidea*, Milano 1819

VIRCHOW R. Die Krankeiten Geschwülste, Bd. III, Berlin 1863.

WÖLFLER. *Zur Anat. u. Pathol. des Kropfes u. Nebenkropfes*. Langenbeck's Arch., Berlin 1890. Bd. XXXX.

WOLF. RUD. *Ein Fall von accessorische Schilddrüse in der Zunge*, Deutsche Med. Wochensch., Berlin 1889.

BUTLIN. *Tumeurs glandulaires de la racine de la langue*. La Semaine méd., Paris, 1890.

CZERNY. Cit. da WÖLFLER. (V. sopra).

WEINLECHNER. *Ueber einen bemerkenswerthen Fall v. Schildrusenknoten*. Wien med. Blätter, 1882; Centralb. f. Chir., Leipzig 7883.

ZENKER. *Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie*, 1887, Bd. III.

DEMME. XVI med. Bericht ueber di Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales, 1878.

PINNER. *Die antiseptische Wundbehandlung* ecc. Mittheil. aus d. chir. klin. zu Freiburg, 1882; cit. da WÖLFLER.

SOCIN. Cit. da WÖLFLER.

HAPER, V. KOCKER, *Ueber Kropf extirpation mit ihre Folgen-Fall*, 233.

GRUBER. *Ueber die Arteria thyroidea ima*, Virchow's Archiv., Bd. 54, Berlin 1872.

HANEL. *Ueber versprengte Strumen*. Inaug. Diss. Berlin 1889.

ZIEMMSEN. *Struma intralaryngea*. Handbuch des spec. Pathol. u. Therapie, 1875.

BRUNS. *Die Laryngotomie* ecc. Berlin 1878.

HEISE. *Ueber Schulddrüsentumoren in Inneren des Kropfes und der Luftröhre*. Contralblatt f. Chir., 1887.

ROTH. Cit. da WÖLFLER.

RADESTOCK. *Ein fall v. Struma intratrachealis*. Beitrage zur Path. Anat. di Ziegler. 1888.

ROUGET. V. VERNEUIL. Arch. gén. de Med. Vol. I. Serie V, Paris 1853.

LÜCKE: PITHA u. BILLROTH. Handb. der allg. u. spec. Chirurgie II.

LANGENBECK, v. KRÖNLEIN. Arch. f. Klin. Chir. Suppl. Heft 2. Bd. 21.

MADELUNG. *Anatomisches u. Chirurgisches über die glandula thyroidea accessoria*. Langenbeck's Arch. S. 71. Berlin 1877.

LÜCKE. Lav. del 1890, pag. 189.

D'AJUTOLO. Accademia delle scienze; Istituto di Bologna, Serie IV, Tomo X, Sezione Med. e Chir., 1889.

TEMI D'ATTUALITÀ

La morte improvvisa dei bagnanti.

Argomento di attualità in questa stagione, in cui tutti i giorni vediamo riportati dai giornali casi di bagnanti presi improvvisamente da malessere e morti. Si tratta spesso di giovani, in pieno stato di salute apparente e di buoni nuotatori; anche se eseguiti abbastanza presto, i tentativi di rianimazione risultano il più delle volte inefficaci.

Per spiegare tali accidenti, si parla di embolia, di congestione, se il bagnante si è messo in acqua subito dopo mangiato o se aveva caldo al momento dell'immersione; si ammettono anche altre ipotesi, come per es., quella di crampo, di sincope cardiaca o solare, di morte timica che qualche volta sembra appoggiata dal reperto di autopsia di un timo voluminoso.

Giustamente R. Verhoogen (*Bruxelles-médical*, 13 agosto 1933) si domanda se la credenza tanto diffusa del pericolo di un bagno subito dopo mangiato sia basata su prove reali; i fisiologi non hanno dato risposte esaurienti al riguardo. Sotto l'influenza di tali idee, non si fa il bagno prima di 2 ore dopo il pasto; ma perchè non se ne aspettano 3 o 4?; eppure tante sono appunto le ore in cui un pasto normale soggiorna nello stomaco; inoltre, fra i popoli del Nord, si fa il bagno anche subito dopo mangiato ed, a quanto sembra, senza che il numero delle morti in bagno sia maggiore che da noi.

L'A. pensa alla possibilità di un ictus anafilattico da sensazione improvvisa di freddo. Vi sono individui a cui l'applicazione di freddo determina una reazione vasocostrittiva intensa, un attacco d'orticaria, un edema di Quincke oppure una crisi di emoglobinuria parossistica. Quando l'impressione è portata sopra una larga superficie, come è il caso per il bagno, si può avere un ictus anafilattico, con paralisi rapida della vaso-motilità, caduta della tensione arteriosa, leucopenia brutale ed eventuale eritrolisi, adinamia miocardica ed impotenza muscolare generale.

Con lo stabilirsi dello stato allergico, si abbrevia il tempo necessario per la determinazione di tali fenomeni e non vi è bisogno di un raffreddamento molto accentuato. Nell'acqua a 20°, bastano spesso una diecina di minuti ed anche molto meno perchè il bagnante si trovi completamente paralizzato nei suoi movimenti e cali a fondo senza nemmeno aver tempo di chiamare al soccorso.

Il più delle volte, lo stabilirsi dell'allergia passa inosservato; però, interrogando i pazienti, si trovano talora delle manifestazioni significative di cui si deve tener conto.

L'A. riferisce a tale proposito il caso di un medico il quale, per la prima volta all'età di 46 anni incominciò ad avvertire disturbi in seguito al contatto con l'acqua fredda: comparsa alle palme ed alle piante di prurito ed eruzioni orticariformi; in seguito, osserva che lavandosi con l'acqua fredda, l'orticaria si estende a tutto il corpo con elementi ad aspetto emorragico e con brividi e debolezza generale. Smette allora l'uso dell'acqua fredda; ma un giorno estivo, trovandosi sulle rive di un lago di montagna, è preso dalla nostalgia del bagno. Appena in acqua, la pelle prende un colore scarlatto e risente un prurito generalizzato. Dopo qualche istante, è preso da violenti dolori alla cute ed all'addome; arriva con gran fatica alla riva e cade in stato di completa prostrazione; poi è preso da violente coliche con scariche diarroiche, brividi. Polso lento, filiforme. L'adinamia si dissipa lentamente, il polso si rileva, i movimenti diventano possibili dopo un'ora, ma la circolazione superficiale non si ristabilisce che dopo un paio d'ore.

Indubbiamente non tutti vanno soggetti a tali disturbi, ma bisogna tener presente la possibilità che in alcuni si verifichino, anche in forma frusta, per poter prevenire guai maggiori e la morte subitanea nel bagno.

Spesso il prurito e l'orticaria che si manifestano in bagnanti al mare sono attribuiti al contatto con qualche medusa; ipotesi priva di fondamento, mentre i fatti vanno attribuiti alla causa sopra accennata.

L'intensità e la subitaneità delle manifestazioni sembrano dovute alla liberazione brutale, attraverso la pelle, di una quantità eccessiva di istamina o di sostanza H. Ma la gravità dei disturbi risulta soprattutto dal fatto che l'impotenza motrice che ne risulta si produce nell'acqua ed il nuotatore si annega; il collasso cardio-vascolare può avere prodotta una morte rapida, che precede l'asfissia per immersione.

È quindi consigliabile di saggiare la sensibilità degli individui mediante l'applicazione di un pezzo di ghiaccio sulla pelle o con la refrigerazione con etere o cloruro d'etile. Un paio di minuti di applicazione sono sufficienti per determinare, negli idiosincrasici e negli allergici, un'eruzione papulo-orticata, di cui alcuni elementi possono avere una tinta emorragica. A tali individui si deve assolutamente proibire il nuoto, nonchè sconsigliare l'uso dell'acqua fredda per la teletta ed anche le bibite ghiacciate. Si può anche tentare la desensibilizzazione (adrenalina, cloruro di calcio). Per il trattamento degli accidenti, iniezione di adrenalina (eventualmente endovenose), stimolanti cardiaci (caffeina, digitalina, alcool, etere); avviluppare l'individuo in coperte calde e somministrare siero glucosato e bibite calde.

fil.

SUNTI E RASSEGNE.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

La relazione degli infarti placentari con la tossiemia eclamptica.

(Bartholomew e Kracke. *Amer. Journ. of and Gyn.*, dic. 1932, p. 797)

Gli infarti placentari sono probabilmente dovuti, secondo gli AA., o ad una graduale interruzione della circolazione dei vasi fetali per la endoarterite fisiologica caratteristica degli ultimi mesi di gravidanza, oppure ad un brusco arresto della circolazione in seguito alla rottura o trombosi o embolismo dei vasi fetali. La causa di queste lesioni è da attribuirsi al trauma che i movimenti delle estremità fetali negli ultimi mesi di gravidanza portano sui vasi non protetti della superficie fetale della placenta o anche in pieno tessuto placentare.

Quindi i disturbi nel circolo materno non sono primari ma secondari.

La formazione dell'infarto è seguita dalla necrosi e dalla autolisi del tessuto placentare sotto l'azione dei fermenti proteolitici, con formazione di tossine proteiche come peptoni, istamina, tiramina, guanidina, ecc.

Nei casi di necrosi lenta del tessuto placentare, che è quella dovuta all'endarterite fisiologica, si ha attorno ai villi colpiti la formazione di una zona protettiva di sostanza ialina intervillosa, di modo che viene impedita la diffusione dei veleni proteici nel circolo materno. Questi infarti, in genere bianchi e compatti, non portano mai a tossiemie materne.

Le necrosi acute sono invece quelle dovute alla rottura, trombosi, o embolismo dei vasi fetali, per traumi secondari ai movimenti del feto. Queste zone si presentano spugnose e di colore più scuro, ma presto diventano leggermente più dure e di colore bruno. Microscopicamente i villi appaiono in necrosi con capillari congesti, dilatati o rotti. L'assoluta assenza di tessuto ialino intervilloso è probabilmente dovuta alla liberazione di un peptone ad azione anticoagulante, il che permette la diffusione nel circolo materno dei veleni proteici; in questi casi si ha spesso lo scoppio dell'eclampsia.

Nelle tossiemie a lento sviluppo, spesso della durata di parecchie settimane, e che possono anch'esse terminare con l'eclampsia, gli infarti sono gialli o grigiastri, più o meno nettamente demarcati, con sostanza ialina intervillosa non molto abbondante, e quindi con circolazione materna non completamente ostruita: si ha così un più lento riassorbimento di tossine proteiche.

L'eclampsia e il distacco di placenta n. inserta, differiscono probabilmente solo per la localizzazione degli infarti.

Nell'eclampsia gli infarti si trovano in pieno tessuto placentare, in modo che il tessuto circostante sano serve a diffondere i prodotti velenosi proteici, impedendo la concentrazione di istamina che porta alla rottura dei seni deciduali, e quindi al distacco della placenta.

In questi casi la gravidanza va avanti finchè non scoppia l'eclampsia. Se gli infarti sono a contatto dei seni deciduali, l'istamina porta il distacco della placenta prima che scoppi l'eclampsia.

L'iniezione di un filtrato di un autolizzato artificiale di placenta normale in cavie, dà convulsioni e morte degli animali. I reperti anatomici del rene e del fegato sono simili a quelli trovati nell'eclampsia. Il fatto che l'iniezione di autolizzati di altri organi può ugualmente produrre simili effetti nel fegato e nei reni di un animale, non può far escludere la teoria placentare dell'eclampsia. Anzi conferma il fatto che gli effetti patologici sono dovuti ai sottoprodotti proteici comuni a tutti i tessuti, varianti naturalmente a seconda della composizione chimica del tessuto.

Se l'autolisi degli infarti placentari è la causa della tossiemia eclamptica, fino a che le proteine tossiche non saranno riconosciute tutte e con successo neutralizzate, unica cura resterà quella di una pronta interruzione della gravidanza prima che subentrino le convulsioni. Cetroni.

Carcinoma del corpo dell'utero ed iperplasia dell'endometrio.

(H. Taylor. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, marzo 1932, p. 309).

Vi sono evidenti rapporti fra l'iperplasia dell'endometrio e il cancro del corpo dell'utero. Essi possono essere considerati dal punto di vista eziologico e clinico. Anzitutto vi è una rassomiglianza morfologica fra le due lesioni della mucosa uterina, per quanto nei casi di iperplasia endometriale si abbiano le forme più diverse, che vanno da un endometrio quasi normale a forme in cui è difficile precisare se si tratti o no di carcinoma.

La frequente associazione dell'iperplasia endometriale con invasione della mucosa nella muscolare e la tendenza al riformarsi dell'iperplasia anche dopo raschiamenti, possono essere interpretati come caratteri di malignità in embrione.

Vi sono poi i casi in cui dall'iperplasia si passa nettamente al cancro come può essere dimostrato da biopsie fatte a distanza di tempo. Esaminando poi i casi di cancro del corpo è facile dall'anamnesi delle pazienti stabilire che in molti casi era stato in precedenza per molto tempo una semplice iperplasia endometriale.

Dal punto di vista clinico non si deve considerare con troppa facilità una metrorragia come dovuta ad una semplice iperplasia endome-

triale. Specialmente le metrorragie dopo la menopausa, anche se compaiono per pochi giorni, devono esser seguite da raschiamento; vi sono dei casi in cui il carcinoma è apparso clinicamente evidente spesso dopo dieci anni da questa metrorragia. Inoltre il materiale deve essere sempre esaminato clinicamente anche se scarso, e non è sufficiente limitarsi all'esame di poche sezioni perchè la zona neoplastica può essere minima. In molti casi in cui l'apparenza istologica è quella dell'iperplasia, in ulteriori sezioni si è trovato il cancro. Inoltre i preparati vanno esaminati da persone che hanno esperienza in materia poichè in molti casi (di cui 7 riferiti dall'autore) l'errore di diagnosi può portare ad esiti disastrosi per la paziente.

In conclusione dal punto di vista pratico la frequenza dell'iperplasia dell'endometrio in confronto alla minor frequenza del cancro sembrerebbe escludere un rapporto intimo fra le due affezioni. Però nei casi in cui questa iperplasia sia molto marcata non va esclusa la predisposizione allo sviluppo del cancro, analogamente a quanto avviene nelle forme diffuse di iperplasia dell'epitelio mammario. E specialmente nelle donne all'epoca della menopausa e dopo, una dose di radio (circa mille o duemila millgr. ora) è particolarmente indicata, sia per arrestare sicuramente l'emorragia, sia per misura profilattica contro lo sviluppo del cancro. CETRONI.

La leucorrea e sua cura.

(L. NÜRNBERGER. *Münch. Medic. Woch.*, 12 maggio 1933).

Una terapia moderna indirizzata in senso biologico, del flusso genitale deve appoggiarsi su ampie basi fisio-patologiche: dato fondamentale di una tale terapia è la cognizione che la causa primitiva del flusso genitale non sempre risiede nel canale genitale. È infatti possibile una suddivisione etiologica di tale disturbo in tre grandi gruppi:

a) la causa risiede nel canale genitale: *leucorrea da alterazioni strutturali* (cioè a dire *anatomiche*);

b) la causa non risiede nel canale genitale: *leucorrea da alterazioni funzionali;*

c) gruppo misto: leucorrea da alterazioni anatomiche e funzionali insieme la cui causa primitiva trovasi però al di fuori del canale genitale.

A) *Alterazioni anatomiche.* — Le infiammazioni, le ulceri, i tumori del canale genitale portano come conseguenza quasi costante una aumentata secrezione. Trovata una di tali alterazioni è trovata anche la causa del flusso vaginale. La cura di queste forme rientra più nel campo della specialità che in quello della pratica generale.

Quando l'esame accurato del canale genitale non rivela nessuna di tali alterazioni, si può pensare che sia in campo una

B) *Alterazione funzionale.* — L'origine di questa può essere varia e cioè:

1) anomalie del ricambio (diabete, clorosi, tbc., cachessia), oppure ingestione di medicinali, specialmente antipiretici);

2) malattie infettive;

3) alterazioni circolatorie;

4) alterazioni endocrine, specialmente ovariche;

5) disturbi nervosi o psichici;

6) anomalie costituzionali.

C) *Le forme di combinazione* infine dipendono primitivamente da una causa funzionale, la quale però apporta secondariamente alterazioni anatomiche locali, le quali diventano di per sè stesse causa di flusso.

Per la *cura locale* del flusso vaginale noi abbiamo un mezzo che si potrebbe dire specifico: il trattamento della parete vaginale con nitrato d'argento (*lapis bade* di Menge). Spesso è sufficiente una sola applicazione locale della sol. di nitrato d'argento al 2 % secondo la tecnica di Menge, per ottenere la guarigione. Nei casi che resistono ripetere le applicazioni ad intervalli di otto giorni, durante i quali le pazienti faranno dei lavaggi vaginali giornalieri con cloruro di zinco e solfato di rame alternativamente. Tali lavaggi saranno continuati sino a quando non sarà sparito ogni segno di ipersecrezione e quindi a poco a poco abbandonati.

Ma ogni cura del flusso vaginale riuscirà inutile se non è combinata ad una appropriata cura generale e cioè:

1) nettezza rigorosa dei genitali esterni;

2) trattamento di una eventuale costipazione;

3) ridurre il più possibile i contatti sessuali;

4) praticare una cura calcica per via orale.

5) migliorare il più possibile le condizioni igieniche generali.

Complemento necessario di tale cura è, secondo Menge, una cura di bagni, sia in stazioni termali, ma anche in casa: è preferibile il bagno generale, potendo il semicupio provocare un'iperemia del piccolo bacino e di conseguenza un aumento della secrezione.

D'altra parte è necessario sorvegliare anche la funzione ovarica: le relazioni fisiologiche fra ovaio e vagina sono ancor oggi non completamente chiarite: certo si è che si sono viste delle forme di leucorrea resistentissime alla cura locale, guarire in seguito al miglioramento della funzionalità ovarica o dopo la somministrazione di preparati ovarici; sembra dunque che l'alterazione della funzionalità ovarica renda la mucosa vaginale più sensibile alle cause di malattia.

Per la cura locale del *flusso cervicale* manca purtroppo un mezzo di cura così sicuro come è il nitrato d'argento per il flusso vaginale. Le applicazioni di sol. concentrate di formalina, di olio di jotione e di altre sostanze non

dànno spesso alcun netto miglioramento. L'A. ha avuto buoni risultati mediante l'applicazione della soluzione di Carnoy (alcool assoluto cc. 60, cloroformio cc. 30, acido acetico cc. 10).

Altri metodi di cura efficaci sono: il massaggio del canale cervicale con sonde metalliche, l'aspirazione delle secrezioni per mezzo di una cannula di vetro, collegata con un apparecchio da aspirazione, la dilatazione del canale cervicale con gli Hegar e successiva cauterizzazione della mucosa. Naturalmente anche in questi casi ha grande importanza la cura generale. Nei casi assolutamente resistenti ad ogni cura entra in campo la terapia chirurgica (operazione di Sturmdorf, cauterizzazione della mucosa cervicale, ecc.).

Un trattamento a parte meritano:

1) la *leucorrea gravidica*, la quale si avvantaggia molto bene delle docce vaginali all'acido lattico (ac. latt. gr. 100, acqua distill. gr. 300: un cucchiaio in un litro d'acqua);

2) la *leucorrea delle giovinette e delle vergini;* la quale bene spesso è molto difficile a curarsi: se si tratta di *fluor albus* ogni cura locale può essere oltre che inutile anche dannosa e quindi strettamente controindicata: efficace è invece la cura combinata di bagni e di calcio oltre alle cure igieniche e dietetiche generali: nelle anemiche somministrare il ferro, in quelle che mostrano i segni di una ipofunzione ovarica tentare i moderni preparati ovarici. Se si tratta invece di *fluor flavus* il quale deriva dal precedente a cui si siano sovrapposti fatti irritativi esogeni, quali ad es. la masturbazione, è consigliabile la cura proposta da Kirstein: riposo in letto per 6-8 giorni e iniezione di proteine aspecifiche;

3) la *leucorrea da Trichomonas* è più frequente di quel che si crede, ma è spesso misconosciuta e curata con tutti i mezzi a disposizione. Per la diagnosi è sufficiente mettere una goccia di secreto vaginale insieme con una goccia di sol. fisiologica sopra un vetrino portaoggetti, coprire con un vetrino coprioggetti ed esaminare all'immersione. Se i *trichomonas* sono presenti si riconoscono facilmente. La colpite da trich. si cura nella seguente maniera: ogni cinque giorni lavaggio della vagina con una soluzione di sublimato all'1 % e quindi con glicerina borica al 10 %. Negli intervalli si applicano profondamente in vagina degli ovuli contenenti glicerina borica al 10 %. Quando il flusso è terminato si continuano per otto giorni i lavaggi con solfato di zinco.

Questa breve rivista, conclude l'A., che non pretende di aver chiarito e messo in luce tutto quanto riguarda la terapia della leucorrea, può forse servire a mettere in luce come la terapia locale di questa malattia possa spesso fallire quando non si sia ben stabilita la vera causa di essa.

G. LA CAVA.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

I veri sintomi della caverna tubercolare.

(E. BUC. *Bull. Méd.*, 15 aprile 1933).

La concezione della caverna come espressione del terzo grado della tubercolosi, della tisi consuntiva, non è stata confermata dalla radiologia. La radiografia ha dimostrato che la tubercolosi può farsi cavitaria precocemente e rapidamente e che le cavità non hanno tutte lo stesso significato. In alcuni casi l'escavazione può farsi in pochi giorni ed in modo inopinato ed in certi malati la caverna appare come la lesione iniziale della tubercolosi cronica.

Ora, quando all'esame radiologico non vi sono altre alterazioni visibili oltre alla cavità, lo stato generale non è alterato. Le caverne tubercolari sono compatibili con tutte le apparenze di una salute normale. Il periodo di inizio è marcato talora da *poussées* febbrili, da dimagrimento e stanchezza, ma quando la caverna si è costituita ed il malato si è abituato al riposo del sanatorio, la temperatura diviene normale, il peso aumenta regolarmente. Questo miglioramento apparente non indica sempre la scomparsa o la regressione della cavità. In effetti la caverna tubercolare non è la causa diretta dei disturbi generali e della cachessia tubercolare. Essa dà l'impressione di una lesione locale, indipendente dall'economia generale. Può darsi persino il caso che l'immagine cavitaria si ingrandisca mentre il peso aumenta. Lo stato in realtà si aggrava mentre il malato si immagina di guarire.

D'altra parte i segni stetoacustici non hanno più il valore che era classico di attribuir loro. La radiografia ha dato ragione agli AA. che facevano dipendere i segni ascoltatori piuttosto dalle lesioni juxta-cavitarie che dalla caverna per se stessa. Vi sono delle caverne mute, di cui unico sintomo è l'espettorazione.

È l'esame dell'espettorazione che fornisce i sintomi più importanti della tubercolosi cavitaria. Questa espettorazione presenta due caratteri rimarchevoli: essa è di abbondanza regolare ed è costantemente bacillifera. La sua abbondanza è regolare nella misura con cui la cavità è stabile e permanente. Essa contiene sempre dei bacilli tubercolari perchè la caverna è sempre un focolaio in attività. Qualche volta l'espettorazione è minima, ma contiene sempre dei bacilli visibili all'esame diretto.

Espettorazione costantemente bacillifera, di abbondanza regolare e durevole, senza risentimento dello stato generale, questa è la vera sindrome della caverna tubercolare, quale si ricava dalla osservazione delle caverne isolate. Questa sindrome è tanto più netta quanto più è precisa l'immagine cavitaria e quanto più è normale il resto del polmone. I sintomi sono presso a poco gli stessi quando, al di fuori della cavità, non si trovano che focolai inattivi cicatriziali, non evolutivi. Lo stesso avviene della

caverna che persiste dopo la lobite tubercolare. Dopo la fase acuta, si ha lo stesso contrasto fra il miglioramento dello stato generale e la persistenza dell'espettorazione bacillifera.

Le modificazioni dello stato generale dipendono dalle lesioni sovraggiunte alla caverna. Accade, per esempio, dopo l'istituzione del pneumotorace su di una tubercolosi ulcero-caseosa, che le regioni non escavate si chiarifichino, mentre la cavità resta beante. Si assiste in questi casi ad un miglioramento dello stato generale, ma l'espettorazione non scompare completamente. La sua quantità diviene fissa, regolare come nel caso della caverna isolata.

Non vi è dunque nè febbre cavitaria nè cachessia cavitaria. Tutt'al più, la perdita di sostanza può accompagnarsi a qualche reazione generale. La caverna si comporta dunque come un accidente locale, senza azione a distanza sugli organi, come una specie di ascesso freddo aperto sui bronchi.

Ma se la caverna isolata o circondata solo da lesioni sclerose, è senza azione sull'economia generale, essa costituisce nel polmone un focolaio di infezione in generale durevole, e la sua espettorazione bacillifera mantiene una minaccia costante di disseminazione. Indubbiamente delle caverne anche voluminose possono scomparire anche senza collassoterapia, sia per semplice riassorbimento, sia per fibrotorace. Ma questa guarigione non è la regola. Salvo eccezioni, la regressione è assai lenta, e durante tutta la sua durata la prognosi è aleatoria, tanto più in quanto l'apiressia, l'ingrassamento, l'euforia non fanno spesso che mascherare, come si è visto, un reale aggravamento. È l'estensione al tessuto vicino, molto più che l'ingrandimento della cavità che minaccia il tubercoloso cavitario. L'eliminazione per i bronchi delle secrezioni bacillifere crea per l'apparecchio polmonare un danno permanente. Da ciò l'indicazione di non ritardare la collassoterapia.

C. Toscano.

Le complicazioni bronco-polmonari post-operatorie nella chirurgia dell'addome alto.

(Trueta Raspal. *Revista di Cirugia de Barcelona*, ottobre 1932).

Secondo le idee universalmente accettate le complicazioni polmonari post-operatorie nella chirurgia dell'addome alto, sono dovute all'atelettasia polmonare e al collasso che avviene in conseguenza della otturazione bronchiale provocata dall'accumulo di muco nel bronco che non viene espulso per la deficiente ampiezza degli atti respiratori, dipendente dal dolore addominale.

A questo proposito s'invoca infatti la legge di Sherrington, secondo la quale si ha una cooperazione sinergica tra un muscolo e il suo antagonista, per cui si ha paralisi di uno di essi (diaframma) quando l'antagonista è in contrattura (pareti dell'addome).

Ma secondo l'A., che poggia le sue idee su dati sperimentali negativi a proposito delle teorie suesposte, non è tutta questa la causa delle complicazioni polmonari post-operatorie, ma bisogna estendere altrove le nostre ricerche.

E precisamente egli pensa alla ben nota relazione tanto sanguigna, che linfatica, che infine nervosa tra torace e addome.

Per ciò che riguarda la circolazione sanguigna basta ricordare le anastomosi tra le vene sopra e sotto epatiche attraverso i loro rami gastroesofagea e mesenterica inferiore per comprendere che la via sanguigna ha ampie relazioni tra l'addome e il torace.

Rapporti altrettanto intimi esistono attraverso i linfatici, in modo che un processo settico seguendo il dotto toracico o i linfatici mammari interni giunge rapidamente al cuore destro donde passa con facilità nei finissimi capillari polmonari.

Ma ciò che è più importante ancora sono i rapporti intimi esistenti tra il sistema vago simpatico toracico alto e addominale. Esistono fra questi due sistemi infatti delle ampie anastomosi nei plessi polmonari, nel ganglio stellato, ecc., in modo che ogni violenta eccitazione dell'uno si ripercuote sull'altro provocando nel caso nostro una inibizione dell'albero bronco-polmonare tanto più intensa, quanto maggiore è la ricchezza della flora microbica dell'albero respiratorio dell'infermo.

Per ovviare a questo inconveniente a volte alquanto grave, l'A. propone di usare sempre nelle operazioni sull'addome alto l'anestesia degli splancnici, con la quale si sezionano le comunicazioni nervose addomino-toraciche e secondo le idee di Crile, la interruzione della continuità nervosa sospende la inibizione in tutto il territorio della zona anestetizzata.

A conforto della sua tesi l'A. riporta una statistica di 714 operazioni sull'addome alto eseguite in undici anni nella Clinica chirurgica del prof. Corachan a Barcellona, e precisamente 430 resezioni gastriche, 224 gastroenterostomie e 60 altri interventi minori (gastrostomie, piloroplastiche, ecc.). Dei 714 interventi ne furono eseguiti in anestesia generale eterea 113 ed in queste si ebbe 13 casi di complicazioni bronco-polmonari con 10 esiti letali: e cioè si ebbero complicazioni nell'11,4%. Le altre 601 operazioni furono eseguite praticando l'anestesia degli splancnici per via posteriore, riuscendo ad abbassare la percentuale delle complicazioni polmonari, al 4 %.

Per diminuire poi la setticità dell'albero respiratorio, l'A. consiglia una rigorosa igiene della bocca estraendo tutti i denti cariati e praticando, previo esame batteriologico delle secrezioni, accurati lavaggi del naso-faringe.

Infine la ginnastica respiratoria attivando la ventilazione polmonare combatte ampiamente il verificarsi delle complicazioni bronco-polmonari. A. CALCAGNI.

VASI SANGUIGNI.

Indicazioni e risultati dell'arteriografia nelle arteriti.

(LERICHE, FONTAINE e FRIECH. *La Presse Médicale*, 12 luglio 1933).

L'arteriografia non si è diffusa quanto avrebbe meritato per i numerosi inconvenienti inerenti alla tecnica quale essa fu primitivamente ideata da Bos Santos. I liquidi usati, joduro di sodio, abrodil, uroselectan, provocano l'anestesia generale o rachidea se si tratta degli arti inferiori. Inoltre queste sostanze, innocue in soggetti normali, possono far precipitare l'evoluzione di una gangrena, fino a richiedere l'amputazione, allorchè vengono iniettate in arterie alterate. Sempre a causa della loro causticità, è necessario denudare l'arteria per praticare l'iniezione a cielo scoperto.

Recentemente, però, sono entrati in uso, come mezzo di contrasto, i sali di torio, assolutamente indolori e innocui. È quindi possibile fare a meno dell'anestesia e aggredire l'arteria, in cui si deve iniettare il liquido opaco, per via transcutanea. Tali punture sono inoffensive: non se ne trova traccia eseguendo, pochi giorni dopo, la simpaticectomia periarteriosa nella medesima zona.

Gli AA. hanno praticato, seguendo la tecnica suesposta, 28 arteriografie in 21 ammalati così ripartiti:

6 casi di arterite senile con o senza gangrena;
7 casi di gangrena diabetica;
4 casi di m. di Buerger;
3 casi di falso m. di Raynaud;
1 aneurisma arterioso.

Hanno fatto osservazioni: 1° sulle obliterazioni arteriose; 2° sulle lesioni parietali dei vasi; 3° sullo stato della circolazione collaterale.

Le arteriti senili e le arteriti diabetiche presentano alterazioni simili in tutt'e tre queste categorie. Le obliterazioni vascolari sono frequenti, ma, constatazione imprevista, sono molto spesso segmentarie e limitate a breve tratto di arteria; a valle dell'obliterazione l'arteria si inietta attraverso la circolazione collaterale. L'obliterazione ha sede più frequente nel tratto terminale della femorale, nella poplitea, nella tibiale posteriore. I disturbi trofici non sono in rapporto con la sede nè con l'estensione dell'obliterazione; questa può essere anche semplicemente funzionale: in un caso, con disturbi trofici tali da richiedere la demolizione dell'arto, il tronco arterioso appariva impervio, e tale doveva essere funzionalmente, alla radiografia eseguita in vivo; mentre fu possibile iniettarlo sul pezzo operatorio.

Le pareti arteriose appaiono, normalmente, regolari e senza sinuosità; in caso di arterite senile o diabetica le arterie sembrano aumentate di calibro, sinuose, serpiginose, a contorni moniliformi e irregolari.

Dove poi l'arteriografia ha veramente grande valore è nell'apprezzamento dello stato della circolazione collaterale. Questo elemento, sul quale si basa la prognosi e la terapia, viene precisato più esattamente con l'arteriografia che con qualsiasi altro mezzo.

Anche nella malattia di Buerger sono state osservate obliterazioni vasali segmentarie; i vasi appaiono però, rettilinei, a contorni regolari, ma diminuiti di calibro concentricamente.

I casi di falsa malattia di Raynand furono potuti riconoscere come tali, e cioè come crisi vasomotorie in arteritici, solamente mediante l'arteriografia che mise in evidenza delle obliterazioni localizzate, sfuggite ad altri metodi d'indagine.

Nell'aneurisma del polpaccio si vide un brusco arresto del liquido opaco a livello della tibiale posteriore; gli AA. pensano che il sacco aneurismatico fosse ostruito da coaguli organizzati.

Dato lo scarso numero di arteriogrammi praticati gli AA. non si credono autorizzati a fare delle conclusioni definitive; il metodo merita certamente ulteriori studi; si può intanto affermare che è innocuo, indolore, di applicazione facile e quindi pratico; dà già risultati che non si possono ottenere con i metodi classici, conseguentemente merita di entrare alla pari di questi nella diagnostica delle arteriti. L. FERRETTI.

Il trattamento delle embolie arteriose degli arti.

(GOSSET, BERTRAND e PATEL. *Journal de Chirurgie*, T. XLI, n. 1, gennaio 1933).

Gli AA. ricordano come tutte le embolie periferiche rappresentano una complicanza di una affezione cardio-vascolare. L'embolo ordinariamente si arresta a livello delle grandi biforcazioni arteriose o all'origine dei grossi vasi collaterali. Le alterazioni della parete vasale sono dovute al contatto dell'embolo, il quale una volta fermatosi provoca degli accidenti più o meno gravi che possono finire colla cangrena totale o parziale dell'arto colpito.

Occorre pertanto intervenire precocemente per cercare di prevenire o limitare la cangrena ristabilendo la circolazione sanguigna interrotta.

Vero è che togliendo l'embolo si agisce sulla complicanza e non sulla vera malattia cardiovascolare; ma questa considerazione o la paura di potere avere delle recidive non ci dovrà mai fare rinunziare all'intervento.

Gli AA. prendono in considerazione i due interventi consigliati: l'*embolectomia* e l'*ar-*

teriectomia e ne assegnano le indicazioni. Nel più dei casi si preferirà l'embolectomia all'arteriectomia sopratutto quando si tratti di emboli della biforcazione dell'aorta o della iliaca esterna o d'un tronco vascolare molto importante.

La resezione del tratto arterioso obliterato è indicato:

1) Nei casi in cui per lo stato precario del malato, occorre fare molto presto (Leriche).

2) Tutte le volte che dopo l'estrazione dell'embolo la parete vasale si presenta molto alterata.

3) Ogni volta che le condizioni della parete vasale non consenta di fare una sutura sicura e corretta. SCANDURRA.

Embolia di aria per ferita del seno longitudinale.

(H. O. DOENCH. *Zentr. f. Chirurgie*, 1933, n. 9, p. 486).

L'embolia per ferite del seno longitudinale sono rarissime. Bergmann ne ha descritto un caso, non ben chiarito.

Sono descritte ferite dei seni cerebrali durante operazioni (Genzmer e Kuhn).

In condizioni normali non è possibile embolia aerea per ferite del seno (Cramer) perchè esiste una pressione positiva di 90 mm. di acqua, che si spiega con la posizione orizzontale dell'individuo. Le condizioni cambiano nei pazienti con emorragie abbondanti ed in quelli che vengono operati in posizione non orizzontale, seduta, per cui naturalmente la pressione si abbassa.

Per ferite del seno si possono praticare suture, tamponamenti ed infine legature del seno ai due lati della sede della ferita.

L'A. riferisce un caso di un ragazzo di 11 anni con ferita dell'occipite per colpo da scure; seguì dalla ferita, lunga 10 cm., fuoriuscita di abbondante sangue, ed anemia grave. Si era determinata una frattura della grandezza di una moneta di 5 marchi e con avvallamento del tavolato interno, abbassatosi con un'inclinazione di un angolo di 40°. Tolto il frammento osseo, aumentò la sanguinazione perchè il seno longitudinale presentava una ferita di 3 cm., che tamponò.

Non era possibile la sutura per le condizioni di sepsi della ferita. Altrettanto controindicata parve all'operatore il tamponamento per la possibile insorgenza di tromboflebite. Asportati piccoli frammenti ossei liberi.

Per praticare una doppia legatura legò prima il seno longitudinale verso il capo frontale a monte della ferita, essendo il seno più libero che verso l'opposta direzione occipitale, per la quale sarebbe occorsa una trapanazione. Durante l'allacciatura tolse il tampone comprimente la ferita del seno. Ma appena praticata l'allacciatura si osservò aspirazione di aria dalla ferita del seno, avendosi un aspetto di schiuma delle bollicine di aria miste con sangue. Si ebbe immediato collasso e sul cuore fu potuto ascoltarsi rumore di mulino.

L'A. attribuisce la morte del paziente alla posizione seduta, data al ragazzo durante l'operazione ed all'avere messo il laccio prima dal lato frontale della ferita, per cui attraverso la ferita si ebbe l'aspirazione dell'aria, a causa della scarsezza di sangue presente nella zona ferita del seno longitudinale.

Perciò conclude che nel caso di ferita dei vasi venosi occorre praticare la legatura prima dal lato della direzione del corso di sangue; così pure bisogna dare all'ammalato la posizione orizzontale. JURA.

La diagnosi dell'arteriosclerosi.

(H. PAILLARD. *Journal Médical Français*, febbraio 1933).

Trent'anni fa si diceva che un individuo era affetto da arteriosclerosi quando presentava le radiali dure alla palpazione; lo si supponeva arteriosclerotico quando accusava cefalea, vertigini, dispnea da sforzo, pollakiuria. Questa diagnosi d'impressione ha ora ceduto il posto ad una diagnosi basata su un insieme di segni precisi.

I sintomi subiettivi dell'arteriosclerosi sono molteplici; vanno dalla claudicazione intermittente al dolore anginoide da sforzo, dalla cefalea all'incapacità al lavoro prolungato, dalla vertigine alla dispnea da sforzo.

I segni urinarî (nicturia, pollakiuria, poliuria chiara) appartengono più alla nefrite cronica che all'arteriosclerosi propriamente detta.

I segni obiettivi possono distinguersi in tre gruppi: 1. palpazione delle arterie, 2. esplorazione oscillometrica, 3. radiografia.

1. La palpazione fa rilevare indurimento delle arterie, spostabili sotto le dita e dando la sensazione classicamente descritta di canne di pipa o di trachea di uccelli. Talvolta si apprezzano le incrostazioni segmentarie formate da piccoli cilindri o da piccoli poliedri. Queste impressioni tattili possono aversi su tutte le arterie esplorabili, ma sopratutto sull'omerale nella doccia interna del braccio e sulla femorale nel triangolo di Scarpa e nella faccia interna della coscia, meno sulle arterie dell'avambraccio e del collo del piede.

Pertanto non bisogna limitarsi all'esplorazione della radiale.

2. L'esplorazione oscillometrica invece della curva flessibile normale dà una grafica piana.

3. Anche quando la palpazione non mette in evidenza l'indurimento e altre alterazioni delle arterie la radiografia fa rilevare un'opacità dei vasi che è l'indice più sicuro della lesione delle pareti arteriose.

In quanto alle eventuali modificazioni umorali dell'arteriosclerosi è da rilevare che essendo le placche ateromatose costituite di coleste-

rina e di calcio sarebbe giustificabile la presenza nel sangue di un eccesso di tali sostanze.

Chauffard ha trovato raramente aumento del tasso di colesterinemia e spiega il fatto con la circostanza che gli esami vengono fatti quando le lesioni si sono già prodotte, quando cioè è troppo tardi per mettere in evidenza una colesterinemia che è esistito per lo passato in via transitoria.

Sta di fatto che l'ipercolesterinemia è frequente nei pletorici mangiatori e floridi prima che si siano verificate precipitazioni nei tessuti, mentre è rara dopo che la litopessia si è iniziata. Ciò si verifica nella colelitiasi, nella gotta, nello xantoma, nella poliartrite secca, come nell'arteriosclerosi.

Ma ciò che più interessa si è che negli ateromatosi spesso si hanno altre precipitazioni colesteriniche più o meno evidenti come l'arco colesterinico oculare, lo xantoma, la poliartrite secca, la gotta ed anche la litiasi biliare. Queste precipitazioni sono talvolta concomitanti, e talvolta precedono l'arteriosclerosi, e quindi in un certo senso ne sono i segni premunitorî.

Per quel che riguarda la calcemia nell'arteriosclerosi i dati finora sicuri non sono conclusivi, tanto meno sono sfruttabili a scopo diagnostico. Dr.

MISCELLANEA.

L'importanza dell'alimentazione nella genesi di alcune malattie.

(E. J. Brigwood. *Le Scalpel*, 17 giugno 1933).

Le anomalie di composizione del regime nei suoi costituenti abituali possono essere classificate nel modo seguente:

1) carenza del regime in uno dei suoi costituenti abituali;

2) sopraccarico del regime in uno dei suoi costituenti abituali;

3) in tutti i casi in cui è realizzabile uno studio rigorosamente quantitativo, si può dimostrare che, indipendentemente da una carenza completa o da un sovraccarico evidente, la quantità normale di un costituente del regime non si valuta a mezzo di una cifra assoluta considerata isolatamente, ma a mezzo di un valore relativo, dipendente dalla composizione del regime negli altri suoi costituenti. Da questi rapporti fra diversi componenti deriva la nozione fondamentale di « regime equilibrato ».

Il difetto completo o l'eccesso evidente, considerati isolatamente, non sono che i casi estremi di una deviazione dei rapporti equilibrati fra i costituenti abituali del regime.

Le vitamine ci forniscono gli esempi più tipici sulla importanza dell'alimentazione carenzata nella genesi di diverse malattie. Esistono degli stati patologici dovuti ad un eccesso di vitamine, dei casi di ipervitaminosi? Alcune osservazioni parlano in questo senso, come per es. la calcificazione esagerata del sistema osseo che si produce somministrando a dosi tossiche negli animali normali la vitamina D.

Il tenore del regime in materia proteica non può abbassarsi al disotto di un minimo indispensabile per evitare la comparsa dei fenomeni di denutrizione. Questo minimo necessario non ha un valore fisso, ma un valore variante secondo la composizione dell'alimentazione negli altri suoi costituenti. Si ritrova così la nozione dei rapporti equilibrati.

Il cittadino tende ad ingerire delle quantità eccessive di sostanze proteiche e ci si può domandare quali sono le conseguenze di un sovraccarico continuo del regime in azoto. Si pensa subito alla patogenesi dell'artritismo e della gotta, che sono considerate come diatesi dei mangiatori di grandi quantità di carne.

Per contro l'esperimento dimostra che è possibile produrre assai rapidamente uno stato di arteriosclerosi generalizzato nel coniglio sottoponendo l'animale a regime iperazotato. In verità l'ateromatosi così determinata è differente anatomicamente dell'ateromatosi dovuta ad altri stati patologici e, d'altra parte, esperimenti eseguiti su animali erbivori non sono paragonabili a ciò che può avvenire, nelle stesse condizioni, negli onnivori; tuttavia i risultati di queste esperienze devono richiamare la nostra attenzione.

Lo studio della frequenza con la quale si osserva il diabete in una popolazione in diverse epoche della sua storia, ci fornisce un nuovo esempio dell'influenza dell'alimentazione sullo sviluppo delle malattie. L'analisi delle statistiche di mortalità per diabete dimostra che, prima della guerra mondiale, questa mortalità aumentava annualmente; dal 1915 al 1919 essa è diminuita sensibilmente in tutti i paesi di Europa, sopratutto in Germania ed è aumentata di nuovo regolarmente dal 1920, malgrado i progressi terapeutici dovuti alla scoperta dell'insulina. Il semplice fatto di consumare un eccesso di idrati di carbonio non è evidentemente la causa propriamente detta del diabete pancreatico, ma esso crea delle circostanze che favoriscono certamente lo sviluppo di questa malattia.

Fra i componenti inorganici degli alimenti si trovano numerosi esempi di rapporti equilibrati. Così l'azotemia per mancanza di cloruro di sodio, il rachitismo per carenza di fosforo, la sindrome tossica iper-calcemica da sovraccarico prolungato del regime in calcio e fosforo, l'importanza del rapporto Ca:P del regime nei bambini rachitici trattati con la vitamina D, l'influenza della carenza in iodio delle acque potabili di certi paesi sulla genesi delle affezioni tiroidee.

Gli esempi potrebbero moltiplicarsi e dimostrano l'importanza molto grande che ha la composizione dei regimi sullo stato di salute di una popolazione e sull'evoluzione di certe malattie. C. Toscano.

Modificazioni del metabolismo durante l'esercizio fisico.

(M. Boigey. *Marseille-Médicale*, 15 marzo 1933)

Vi sono pochi problemi offerti alla sagacia del fisiologo e del clinico che siano più fecondi in deduzioni pratiche di quello delle modificazioni indotte nell'organismo dall'esercizio fisico. Il moto appare infatti quale un modificatore potente della nutrizione ed un agente terapeutico di prim'ordine. Fra gli effetti del lavoro muscolare sull'organismo il più evidente è, senza alcun dubbio, l'aumento degli scambi respiratori. L'aumento delle combustioni, che ha luogo contemporaneamente al lavoro muscolare, è legato infatti alla più abbondante introduzione di ossigeno nei nostri tessuti. Per quanto sia impossibile, nell'uomo, assistere alle modificazioni chimiche e alle trasformazioni d'energia che si producono nella fibra muscolare e nei tessuti durante il lavoro, si può, per via indiretta determinare l'andamento e l'intensità del metabolismo, misurando gli scambi respiratori. La loro ampiezza dà una misura precisa della spesa fisiologica compiuta. L'organismo, non possedendo alcuna riserva di ossigeno, è costretto a procurarselo volta per volta e a seconda i bisogni, e il suo consumo è proporzionale a questi ultimi: crescendo essi in conseguenza del moto e dell'esercizio, aumenta anche, di conseguenza, la quantità di ossigeno assorbita. Nello stesso modo, l'eliminazione dell'acido carbonico ha luogo senza ritardo, a misura che esso viene prodotto. In sostanza dunque, gli scambi respiratori crescono col lavoro e la loro misura rappresenta il mezzo più esatto che noi possediamo per apprezzare le variazioni energetiche che accompagnano l'attività muscolare.

Da vari anni l'A., che si è dedicato a questi problemi, ha praticato numerose valutazioni degli scambi respiratori in atleti durante esercizi diversi. Ha così potuto misurare, per così dire, il *costo* fisiologico dei vari esercizi, seguire le modificazioni intervenute nella economia organica, durante e in seguito al lavoro, e rendersi conto del regime delle combustioni interne che distinguono il soggetto allenato da quello che non lo è.

La tecnica non è delle più facili: è necessario infatti che siano soddisfatte le seguenti condizioni: non ostacolare i movimenti durante il lavoro, permettere la valutazione delle quantità di ossigeno assorbito e di anidride carbonica fissata, fornire l'indicazione del volume d'aria che ha traversato i polmoni. L'A., usando un apparecchio di propria invenzione e di cui dà la descrizione completa, determinava in ciascun soggetto e durante ciascun esercizio:

1) la ventilazione per minuto o quantità d'aria traversante i polmoni;

2) il consumo di ossigeno per minuto, che è proporzionale alla quantità di energia spesa;

3) l'eliminazione di CO_2 per minuto;

4) il quoziente respiratorio $\frac{CO_2}{O_2}$ che è generalmente inferiore all'unità.

Per un medesimo esercizio, la spesa fisiologica varia enormemente a seconda la velocità adoperata o la forza spiegata dall'atleta. Inoltre numerosi fattori intervengono per far variare, ad un dato momento la fissazione dell'ossigeno e l'emissione di CO_2. Un riposo, per quanto breve esso sia, si accompagna ad un rallentamento quasi immediato degli scambi respiratori. Al contrario, un acceleramento anche momentaneo del movimento o un aumento improvviso dello sforzo, accrescono considerevolmente gli scambi respiratori, specialmente verso la fine dell'esperienza. Questi dati hanno naturalmente valore di indicazioni generali e possono essere infirmati in casi particolari. Facendo un confronto fra i vari tipi di sport risulta dalle esperienze che il nuoto, compiuto in competizioni sui 100 metri, pare sia l'esercizio che comporta gli scambi respiratori più intensi. Anche la corsa in velocità sui 100 metri provoca una grande emissione di CO_2, ma minore di quella che si ha nel nuoto. La lotta, le corse di mezzo fondo, di fondo e la boxe producono un consumo fisiologico minore. Ad un grado inferiore troviamo il canottaggio e il rugby, e ancora più in basso il tennis, la bicicletta, il foot-ball e il punch-ball.

Sulla base delle osservazioni dell'A. sarebbe insomma quasi possibile una classificazione fisiologica degli sports, basata sulla spesa fisiologica che ciascuno di essi provoca. Nulla di più logico e semplice, a prima vista, che classificare gli esercizi secondo l'ordine degli scambi respiratori che essi provocano. La misura del consumo di energia col metodo respiratorio è la sola che permette di seguire l'attività dell'atleta nelle condizioni le più diverse, di valutare il lavoro prodotto e di avere una idea del rendimento del motore umano e delle sue variazioni: è la sola che dà la possibilità di determinare per ciascun atleta il regime di lavoro che è, per lui, il più vantaggioso.

Ma in realtà un tale tentativo di classificazione, seducente in apparenza, non può che sortire a delle approssimazioni. Non è nè la forma del gesto atletico, nè la sua durata, bensì la velocità con cui l'azione muscolare è compiuta e la resistenza che l'atleta prova nel compierla che condizionano l'intensità degli scambi respiratori. Inoltre per avere un'idea completa delle variazioni apportate nell'organismo umano dal lavoro, bisognerebbe aggiungere alle valutazioni precedenti lo studio sistematico dell'eliminazione urinaria, ciò che permetterebbe di seguire le modificazioni del metabolismo azotato dei tessuti. È questo un capitolo di fisiologia che non è stato ancora scritto.

G. La Cava.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. Pensa e G. Favaro. *Trattato di Anatomia sistematica.* Vol. I. Vol. in-8° di 668 pag. rilegato, con 466 fig. la più parte a colori. Unione tipografico-editrice, Torino, 1932.

Questo nuovo trattato di anatomia sistematica, che l'U.T.E.T. pubblica in bella edizione, con carta patinata e con nitide figure in parte originali, è dovuto alla collaborazione dei professori A. Pensa e G. Favaro, entrambi ordinari di anatomia nelle rispettive Università di Pavia e di Modena.

In questo primo volume sono svolti, dopo un'introduzione generale (Pensa), l'apparecchio tegumentale (Favaro), lo scheletrico (Pensa), il muscolare (Favaro), il digerente, respiratorio, urinario (Favaro), il genitale maschile e femminile (Pensa), il perineo, il peritoneo e l'apparecchio endocrino (Pensa).

Il trattato unisce alla precisione, i pregi della chiarezza e della concisione. *fil.*

J. Dimitresco-Popovici. *Les fonctions gastro-duodénales. Moyens d'exploration.* Un vol. in-8° di 250 pag. Masson et C.ie, Paris, 1932. Prezzo 28 frs.

La continuità anatomica fra lo stomaco ed il duodeno fa sì che lo studio delle funzioni di questi due organi non possa essere considerato separatamente. Pertanto, l'A., in questo suo studio esamina l'insieme delle funzioni gastriche e duodenali nonchè quelle del fegato e del pancreas che vi sono pure intimamente connesse.

Nella prima e seconda parte richiama le nozioni anatomo-istologiche e fisiologiche necessarie per una buona base dello studio, accennando anche alle ricerche più recenti in proposito ed a lavori personali in argomento. Con questi, egli ha messo in valore la funzione escretrice della mucosa dello stomaco e del duodeno, che spiega numerosi fatti della patologia generale della digestione; insiste, d'altra parte, sull'importanza del muscolo duodenale nel meccanismo di svuotamento della cistifellea.

Il duodeno, dal punto di vista dell'infezione delle vie biliari e pancreatiche, è la chiave della fisiologia del quadrivio sotto-epatico.

In un terzo capitolo, l'A. descrive i mezzi di investigazione delle funzioni gastro-duodenali: una breve rivista dell'esplorazione radiologica e studio particolareggiato di quella endoscopica e soprattutto del sondaggio gastro-duodenale, con l'esame chimico e microscopico dei liquidi così raccolti.

Una ricca bibliografia completa questo studio di grande importanza per chiunque si occupa di patologia gastro-duodenale.

fil.

V. Cordier. *Précis de propédeutique et de technique médicale.* Un vol. in-16° di 1712 pag., con 468 fig., rilegato. G. Doin, Paris, 1933. Prezzo 125 frs.

Questa opera è destinata anzitutto allo studente a cui espone i principî della propedeutica e della semeiologia ed indica il modo di orientare l'esame clinico, raccogliendo opportunamente l'anamnesi ed in sintomi dominanti ed accessori; ma è anche molto utile per il medico, esponendo esso, per la maggior parte delle grandi sindromi le tappe della diagnosi, indicando come, fra gli esami di laboratorio si debba scegliere fra l'indispensabile e quanto è semplicemente utile.

Il lungo capitolo dell'introduzione costituisce una buona guida per lo studio del malato, sviluppando con indirizzo pedagogico le qualità di osservazione, di intuizione e di classificazione che costituiscono la base della clinica.

In seguito, per ognuno degli apparecchi sono studiati: ricordi di anatomo-fisiologia; cenni di anatomo-patologia e di fisiologia patologica; tecnica semeiologica propriamente detta; esame degli altri apparecchi e rapporti fra essi; radioscopia; esami di laboratorio. Infine un capitolo d'indole generica sul modo di condurre l'esame nelle singole sindromi.

La parte del sistema nervoso, largamente trattata, è stata affidata ad A. Devic.

fil.

Pietro Ruggeri. *Per voi Mamme!* Vol. in-16° di 109 pag. Editrice Tavecchi, Bergamo, 1933.

Parole dettate alla buona, ma piene di quella rara merce che è il buon senso e di consigli pratici, quali possono venire da chi non soltanto conosce a fondo l'argomento, ma ha lunga consuetudine con i bambini e le mamme.

In dieci capitoli, l'A. esamina i principali problemi dell'assistenza ai bambini: il pianto, il sonno, l'alimentazione, la dentizione, il bagno, ecc. non in forma di trattazione sistematica, ma come di risposte a quesiti che può porre la madre e di consigli a questa per le più comuni evenienze che si presentano nell'allevamento del bambino.

Chiudono il libro due raccolte di pensieri di varî scrittori su « Che cosa è una mamma », « Che cosa è un bambino ». Il primo porta per motto i delicati versi di Pastonchi, che quelli che hanno la fortuna di avere ancora la loro Mamma dovrebbero tener scolpiti nel cuore:

Nessuno dei bimbi lo sa...
Lo sanno, ma forse, ma tardi...
quelli che non l'hanno più.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 21 luglio 1933.
Presidente: Prof. F. VANZETTI.

Risultati della terapia medica nelle ulceri gastriche duodenali con preparati di pepsina e con il benzoato sodico.

Prof. A. ALLODI e Dott. GAGNA. — Gli OO. riferiscono i risultati di 49 a. in cui fu possibile praticare tutti gli esami prima e dopo il trattamento: di 26 casi di ulcera duodenale constatarono in 10 la guarigione persistente, in 8 un miglioramento subiettivo obiettivo e talora anche radiologico. Di 17 casi di ulcera gastrica, ottennero 13 guarigioni, in 3 un miglioramento ed in 1 solo azione nulla.

Il chimismo in genere si trovò favorevolmente influenzato, parallelamente alla guarigione.

Colla terapia base di iniezioni endovenose a base di benzoato sodico trattarono 26 casi di ulcera duodenale ed undici di ulcera gastrica e 4 di gastro-duodenite. Ottennero in 10 la guarigione, in 13 un miglioramento clinico ed in 14 risultato negativo. Dei 10 casi di ulcerosi guariti 7 erano affetti da ulcera duodenale e 3 da ulcera gastrica.

Concludono dando la preferenza alla terapia pepsinica con la quale ottennero più rapidi e buoni risultati; le ulcere gastriche sono più facilmente influenzabili che non quelle duodenali sia con la cura pepsinica che con quella a base di benzoato sodico.

Prof. A. ALLODI e Dott COSTA. — *Alcune ricerche in merito alla colazione alcoolica di Ehrmann ed a quella caffeinica di Katsch.*

Contributo anatomo-patologico allo studio degli aneurismi delle arterie cerebrali.

Dott. F. VOLANTE. — Riferisce quattro casi: uno solo ha origine sifilitica, gli altri arteriosclerotica. L'O. attribuisce la relativa maggiore frequenza con la quale si osservano aneurismi in questa sede, oltrechè alla diminuzione di resistenza della parete arteriosa, ad aumenti locali di pressione sanguigna che in tre casi, ha potuto chiaramente spiegare con varietà anatomiche di disposizione e di calibro dei diversi rami arteriosi: varietà che determinano urti di corrente su punti circoscritti della parete vasale e che ne favoriscono lo sfiancamento.

Prof. C. GIORDANO e Dott. MOMIGLIANO LEVI. — *Nota critica sui metodi di determinazione della resistenza globulare.*

Prof. C. GIORDANO e Dott. MOMIGLIANO LEVI. — *La curva ematocritica di eritrociti normali e patologici in soluzioni ipotoniche di solfato sodico nei suoi rapporti con la resistenza globulare.*

Prof. C. GIORDANO e Dott. MOMIGLIANO LEVI. — *Rapporti fra aumento di volume degli eritrociti in soluzioni ipotoniche di sali sodici diversi e resistenza globulare minima.*

Il ricambio purinico nel diabete mellito.

Prof. R. MORACCHINI e Dott. O. MAESTRI. — Concludendo che nel diabete anche leggero a dieta apurinica vi sono alterazioni frequenti del ricambio dell'acido urico sia di derivazione endogena che esogena, verificandosi con estrema frequenza una iperuricemia a digiuno ed un ritardo nella ossidazione delle purine introdotte con eliminazione protratta e che avviene in due tempi.

Credono che ciò sia da imputarsi allo speciale stato neuro-vegetativo di questi a. più che ad alterato metabolismo nel fegato e nei tessuti o ad una deficenza di un ipotetico e non dimostrato potere urico-litico del sangue.

Uricemia e uricocolia ne diabete mellito.

Prof. R. MORACCHINI e Dott. O. MAESTRI. — In 15 a. di diabete mellito di media gravità tenuti a dieta apurinica gli OO. hanno determinato l'acido urico nel sangue, la glicemia, la uricuria, la glicocolia e la uricolia. Hanno potuto constatare che l'acido urico nella bile è in questa malattia molte volte aumentato di e sempre parallelamente a quello sanguigno ed a quello orinario. Il fatto sta a dimostrare che l'escrezione biliare può essere via di eliminazione di tale sostanza.

Azione dei preparati mercuriali sul ricambio idrocarbonato e sulla diuresi nel diabete mellito.

Prof. R. MORACCHINI e Dott. R. UCCHEDDU. — In 10 casi di diabete leggero e di media gravità, dopo l'iniezione endovena osservarono aumento della diuresi, come nei soggetti normali, con una fase di poliuria ed una di oliguria. La glicemia venne seguita per 4 ore con e senza salirgan e le orine raccolte dopo ogni prelievo di sangue. La glicemia mostrò oscillazioni di lieve entità non sempre nel senso di un aumento. L'idruria copiosa nelle prime 4 ore diminuiva nelle rimanenti 20. La Glicosuria subì in genere nelle prime ore solo una diminuzione relativa, nella fase oligurica anche assoluta. Gli OO. ritengono che il risultato finale della diminuzione della glicosuria, dato che la glicemia non sempre è aumentata, possa attribuirsi oltre che ad un aumento della soglia renale per il glucosio ad una diminuita mobilizzazione dello zucchero da parte dei tessuti disidratati durante la fase poliurica, come sarebbe a dimostrarlo la differenza capillari-vene, sotto l'azione del salirgan aumentata.

Il Segretario: VILLATA.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 12 maggio 1933.
Presidente: Prof. A. PENSA.

Sopra un caso di Leishmaniosi viscerale nell'adulto.

Dott. L. BIANCHI. — L'O., in un individuo presentatoglisi in Pavia con una sindrome epatosplenomegalica di difficile interpretazione per l'età del soggetto (24 anni) e per il decorso clinico, ha accertato l'esistenza di una infezione Leishmanica viscerale, riconoscendo l'origine del contagio in un soggiorno trascorso dal paziente nell'isola di Lipari nel 1929-30.

Oltre al comune reperto microscopico delle leishmanie negli strisci di succo splenico, estratto me-

diante puntura, l'O. è riuscito anche ad isolare in cultura i parassiti, mantenendoli in vita con periodici passaggi *in vitro*.

Alla descrizione clinica del caso, non priva di punti interessanti, aggiunge i risultati delle ricerche sierologiche compiute a scopo diagnostico, alcuni reperti riguardanti la crasi ematica del soggetto ed una serie di dati d'osservazione sui caratteri biologici e morfologici delle leishmanie nella forma culturale leptomonade.

Con una cura antimoniale per via endovenosa (1° ciclo di Stybil, 2° ciclo di Neostibosan), alternata a cura arsenicale, in un periodo di circa 3 mesi si è ottenuta la guarigione clinica.

FIESCHI A. e STORTI E. — *Ricerche sulla cupremia. Il contenuto normale di rame nel sangue e la sua ripartizione nelle diverse frazioni ematiche.*

Dott. L. MIGLIAVACCA. — *Primi risultati di una serie di esperienze sui bovini affetti da brucellosi.*

Una forma rara di tumore primitivo del fegato.

E. VIDARI. — Tumore primitivo del fegato di natura connettivale con carattere di grande malignità che riconosce con probabilità il proprio punto di partenza dagli endoteli sinusoidi epatici.

Seduta del 23 maggio 1933.

D. BARBIERI. — *Su di un tumore spontaneo del ratto di nuovo isolamento.*

Sul trattamento con alcool delle affezioni purulente del sistema respiratorio.

Dott. G. ZORZOLI. — L'O. ha esperimentato la terapia alcoolica endovenosa in varie affezioni suppurative dell'apparato respiratorio, secondo il metodo proposto da Landau, ed ha ottenuto in quattro casi di esse, riguardanti forme acute postpneumoniche, una guarigione rapida clinica e radiologica. Vantaggi scarsi o nulli ha invece ottenuto in affezioni croniche. Ritiene il metodo meritevole di attenzione e di ulteriore e più larga esperienza clinica.

M. BALDUINI. — *Azione del rame colloidale sul sistema reticolo-istiocitario.*

Su alcune forme rare di tumori umani.

Dott. L. BIANCHI. — L'O. illustra dal lato istologico un caso di osteosarcoma della cistifellea ed un caso di adeno-carcinoma delle ghiandole sudoripare corredando la descrizione con una serie di microfotografie.

Seduta dell'8 luglio 1933.

Sinfisi pleurica.

P. ZORZOLI. — L'O., passati in rassegna i principali segni radiologici di sinfisi pleurica, singolarmente valutati in base ad una larga esperienza di pneumoterapia, conclude che attualmente non esistono segni di certezza, ma solo segni di presunzione, essendo possibile riscontrare pervietà del cavo pleurico od impervietà assoluta sia in presenza che in assenza di detti segni.

La diagnosi biologica della gravidanza. Ricerche sperimentali con la HZR.

Dott. A. CASTELLETTI-NICORA. — L'O. ha praticato la Reazione Aschheim-Zondek per la diagnosi di gravidanza, ottenendo sempre dall'indagine biologica reperti in armonia con i dati clinici. La HZR fu, infatti, negativa in tre casi controllo (con urina proveniente da uomo, da donna sicuramente non gravida e da donna in climaterio), mentre fu nettamente positiva in una gravidanza al IX mese, in due gravidanze al VII mese, in una al VI, ed in quattro casi di gravidanza al II mese. Anche in un caso in cui la HZR fu praticata sull'urina raccolta nel giorno stesso in cui si sarebbe dovuto presentare il flusso mestruale, la diagnosi ormonale, positiva per una gravidanza di circa 14 giorni, fu confermata in seguito dal decorso. L'A. passa poi allo studio delle modificazioni macroscopiche ed istologiche che l'urina di donna gravida dà a carico dell'utero e dell'ovaio della topina impubere, illustrando con il sussidio di microfotografie.

Seduta del 18 luglio 1933.

Sulle lesioni tubercolari.

Dott. CENTRA. — L'O., nello studio eseguito su ammalati in precedenza curati con pnx. artificiale, su ammalati operati di frenicoexeresi e su ammalati affetti da lesione tubercolare cronica, circa le alterazioni morfologiche dell'esofago nei processi polmonari specifici retrattivi, conclude che sempre si osservano quando coesista intensa reazione connettivale; che le deviazioni totali dell'organo si hanno nelle gravi retrazioni del mediastino; le deviazioni parziali, marcate, si osservano essenzialmente nelle lesioni polmonari apicali ed in quelle delle basi.

Il Segretario.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta del 5 maggio 1933.

Presidenza: Prof. G. SABATINI, presidente.

Dott. M. MACCIOTTA. — *Contributo alla etiologia ed alla cura delle emorragie tardive nel puerperio.*

Dott. A. PERGOLA. — *La flora batterica aerobica delle congiuntiviti tracomatose.*

Proff. L. BACIALLI e P. OTTONELLO. — *Sulla calcificazione dei tumori utero-ovarici.*

Mercurio- bismuto- arsenico e iodio nella terapia della sifilide cardio-vascolare.

Prof. G. SABATINI. — L'O. discute in un primo tempo la posizione attuale della terapia della sifilide cardio-vascolare in rapporto ai vari tipi di medicamenti esplicanti azione specifica antiluetica.

Fissa le leggi cliniche che devono regolare l'uso o il rigetto di un tipo anzichè di un altro dei suddetti farmaci, ed in conclusione riporta al primo piano, nella terapia della sifilide cardio-

vascolare, l'uso del mercurio; dimostra i vantaggi e i pericoli dei preparati del gruppo arsenobenzolico; fa le riserve, in attesa di ulteriori casistiche, circa la proprietà del bismuto ed assegna allo jodio il posto che in realtà gli compete per la terapia antisifilitica.

Discute infine in modo ampio la posizione che spetta, secondo una concezione critica, serena e realistica, agli arsenobenzoli in rapporto al possibile favore da essi esplicato nell'insorgenza delle forme tardive e metaluetiche cardiovascolari e nervose.

Prof. G. C. Bentivoglio. — *Il comportamento della potassiemia e della calcemia in rapporto alla dieta aclorurata di Gerson.* (Note I, II e III).

Seduta del 18 maggio 1933.

Presidenza: Prof. G. Sabatini, presidente.

Prof. G. Bruno. — *L'aponeurosi plantare umana considerata dal punto di vista funzionale.*

Proff. G. Bruno e P. Ottonello. — *L'immagine radiografica dello sperone femorale nell'uomo.*

Osservazioni sulla dose minima letale nelle iniezioni endovenose.

L. Scremin e G. Repetto. — I due sali solfato di zinco e cloruro di zinco, sia nel gatto, sia nel coniglio per iniezione endovenosa si mostrano diversamente tossici.

È verosimile che la diversa tossicità sia legata alla differenza fisica dei precipitati ai quali da luogo il zinco a contatto dei sali del plasma: alla differenza fisica si lega differenza di solubilità e quindi di concentrazione del jone attivo. I concetti nuovi della chimisfisica, solubilità dei colloidi in relazione con la quantità del « corpo di fondo », e in genere dei precipitati amorfi in relazione con i caratteri fisici, « uniformità fisica », del precipitato, trova larga applicazione in farmacologia.

Dott. A. Chieffi. — *Il contenuto di Ca e K nei reni dei ratti a dieta normale in seguito a somministrazione di forti dosi di ergosterina irradiata.*

Seduta del 15 giugno 1933.

Presidenza: Prof. G. Sabatini, presidente.

Cisti da echinococco dell'orbita.

Dott. A. Pergola. — L'O. descrive un caso di cisti da echinococco dell'orbita, operato mediante l'orbitotomia sopraciliare. Fa notare le difficoltà incontrate per stabilire la diagnosi, data l'incertezza dei reperti biologici, clinici e radiologici.

La diagnosi venne accertata dopo l'intervento chirurgico. L'esordio del tumore non fu accompagnato da alcun fenomeno doloroso; l'evoluzione fu oltremodo rapida (circa due mesi).

Soddisfacenti furono i risultati dopo l'intervento operatorio.

Ispessimento del piano basilare, atrofia dei nervi ottici, esoftalmo bilaterale e paresi del III° paio di destra da probabile flogosi sinusale.

Dott. P. Serra. — L'O. illustra un caso non molto frequente, di ispessimento del piano basilare con atrofia dei nervi ottici, esoftalmo bilaterale, paresi del III paio di destra, in un bambino di circa quattro anni.

Lo svolgimento del quadro clinico era stato preceduto da una rinite acuta purulenta e perciò l'O. discute la possibilità che i fenomeni di infezione acuta abbiano dato origine ad un processo di flogosi cronica del labirinto etmoidale, il quale, a sua volta, avrebbe prodotto reazioni di adiacenza a carico delle ossa del piano basilare e del cavo orbitario, e, successivamente, esoftalmo bilaterale, atrofia dei nervi ottici, paresi del III paio di destra.

Tale punto di vista, oltre che nella discussione clinica del caso, trova appoggio nelle ricerche del Bertolotti con le quali è stato dimostrato la grande influenza che possono esercitare, fin dalla prima infanzia, le flogosi del labirinto etmoidale, nella genesi della cosidetta perisinusite profonda.

Neurotomia retrogasseriana parziale della radice sensitiva del trigemino.

Prof. P. Marogna. — L'O. illustra un caso di neurotomia parziale retrogasseriana della radice sensitiva del trigemino per nevralgia ribelle precedentemente trattata con iniezioni di alcool.

Tratta della tecnica praticata da Frazier ed usata nel caso suo con completo successo della cessazione del dolore, assenza di disturbi oculari, conservazione del riflesso corneale della sensibilità superficiale e profonda, della radice motrice.

Si diffonde a discutere le indicazioni dell'operazione di Frazier e le controversie sulla costituzione anatomica della radice sensitiva e sulle vie della sensibilità superficiale e profonda secondo i dati operatorii di Dondy e le osservazioni di Luitchell, Rancony Coyal e Turner.

Il caso sarà illustrato ampiamente in pubblicazione a parte.

Leishmanioni della mucosa nasale.

Prof. G. Falchi. — L'O. descrive dettagliatamente un caso di Leishmaniosi della narice destra e della parte anteriore del setto, osservato in un pastore di anni 40 da Cossoine (Sardegna Settentrionale).

Esposte le particolarità cliniche della lesione, i reperti dei parassiti, l'istologia, svolge alcune considerazioni sulla rarità della forma, sulla modalità di contagio e sulla epidemiologia.

Sifilomi dei genitali della donna a sede non frequente.

Dott. M. Tamponi. — L'O. ha osservato e studiato tre casi di sifilomi dei genitali della donna a sede non comune (regione clitoridea e collo uterino).

Dopo alcune considerazioni sulle possibili cause che possono essere invocate a spiegare la rarità di manifestazioni luetiche primarie nelle sedi accennate e specialmente nella regione clitoridea, segnala, in base alle modalità con le quali è avvenuta l'infezione nelle due donne portatrici di sifilomi del clitoride, un caso di contagio in periodo di presifiloma (caso 2°) ed un caso di incubazione di brevissima durata (56 giorni, caso 3°).

Lo stato di gravidanza in cui si trovano due delle donne osservate gli offre l'occasione ad alcune considerazioni sui criteri di terapia della

sifilide in gravidanza, della sifilide congenita e nei riguardi dell'allattamento.

Conclude richiamando l'attenzione dei medici in genere e di quelli addetti alla profilassi antivenerea in ispecie su queste localizzazioni poco comuni di manifestazioni luetiche primarie.

Il Segretario: A. MANAI.

Società Medico-Chirurgica Veneziana.

Seduta del 20 luglio 1933.

Presidenza: prof. G. B. FIOCCO.

Di un caso di cute bronzina.

Prof. F. VITALI. — L'O. illustra la singolarità del reperto mucoso-cutaneo di un individuo di 39 anni accolto d'urgenza nel suo Reparto ed in cui fece diagnosi di encefalite emorragica influenzale; al colorito bronzino presentato dal soggetto si accompagnavano una iposfigmia ed una notevole ipoglicemia, una scarsa reazione all'adrenalina e una formola a prevalenza linfocitaria. L'anamnesi rivelò che il colorito della cute era particolare del paziente dalla tenera infanzia e che un altro fratello presentava pure una tinta poco dissimile; il soggetto ha lavorato sino ad un anno prima, quando, colto da un processo broncopneumonico, che è guarito, è rimasto assai indebolito ed apatico. La degenza durò tre mesi e l'ammalato si ristabilì in modo da tornare al lavoro che attualmente prosegue. Non essendoci altra ragione di cute bronzina, l'O. pensa, date le manifestazioni della pressione sanguigna, della glicemia e della linfocitemia di essere in presenza di un caso di addisonianismo costituzionale (Pende) che ha permesso la vita ed impiego di capacità lavorativa per tanti anni, ma che rivela l'insufficenza capsulare ogni qualvolta insorge una causa morbosa che mette a cimento le funzioni capsulari stesse.

Indicazioni di estrazione di denti inclusi.

Dott. G. PESENTI. — L'O. illustra 2 casi di inclusioni dentarie simili per qualità e sede degli elementi inclusi, ma differenti per le conseguenze morbose provocate e le possibilità terapeutiche offerte. L'intervento fu giustificato nel primo caso dal dolore che recava il canino sup. D. nello sforzo per erompere con l'impedimento di un apparecchio di protesi fissa, nel secondo da fatti di osteoperiostite e raccolta cistica suppurata. In un III caso, illustrato dal prof. Saraval i denti inclusi furono discolpati dall'aver provocato una sinusite dovuta invece a radici gangrenose del 1 molare sup. D. e non furono rimossi. L'O. conclude per l'intervento quando I D. I. recano disturbi o si vogliono sostituire con apparecchi protesici fissi e sostiene la controindicazione all'estrazione quando i denti suddetti tacciono la loro presenza.

Effetti del blocco anestetico dello splancnico sulla curva glicemica e sulla pressione arteriosa in individui sani ed in diabetici.

Dott. C. CICERI e S. GABRIELLI. — Al blocco anestetico dello splacnico ottenuto con un'iniezione di alipina seguì in tutti i casi una diminuzione della pressione massima e minima, evidente e protratta per 2 1/2-3 ore. Negli individui sani la curva glicemica alimentare subiva durante l'anestesia una caduta del tasso glicemico al disotto dei valori iniziali; a questa fase ipoglicemica seguiva un lieve aumento dei valori del glucosio nel sangue. Nei diabetici il blocco anestetico dello splancnico determina pure una rapida diminuzione della iperglicemia alimentare, seguita alla III ora da un aumento poco considerevole, così che la curva di glicoregolazione viene modificata avvicinandosi ad una curva normale. Risulta dalle esperienze che il blocco dello splancnico determina la inibizione funzionale della surrenale e quindi una iposecrezione adrenalinica, per cui l'ormone ipoglicemizzante, l'insulina, prevale nell'equilibrio. L'anestesia dello splancnico perciò può essere praticata prima della enervazione di una surrenale al fine di conoscere i risultati conseguenti all'operazione definitiva.

Effetti immediati e lontani sulla curva glicemica e sulla pressione arteriosa della enervazione mono e bilaterale delle surrenali.

Dott. C. CICERI e S. GABRIELLI. — Nel 1° caso, in cui una condizione di ipersimpaticotonia aveva indotto una gangrena giovanile dell'art. inf. S. e turbe nella regolazione del glucosio ematico, l'enervazione della surrenale S. portò un decisivo miglioramento della funzione glicoregolatrice perdurante a 14 mesi di distanza, mentre l'effetto fu nullo nei riguardi della pressione arteriosa. Nel II caso (una forma lieve di diabete) si operarono successivamente le surrenali, ottenendo ad un anno di distanza una maggiore tolleranza per il glucosio alimentare, un tasso glicemico a digiuno in limiti fisiologici e scarse modificazioni della pressione arteriosa. Nel III soggetto che presentava una forma grave di diabete l'enervazione bilaterale diede un miglioramento transitorio della durata di circa 3 mesi; a 15 mesi di distanza il comportamento della glicemia alimentare era simile a quello preoperatorio; erano scomparsi però i sintomi inerenti alla condizione diabetica e la paziente si dimostrava particolarmente sensibile all'azione dell'insulina.

Effetti inconsueti della radioterapia a distanza.

Dott. E. BIDOLI. — L'O. riferisce di tre casi in cui non riuscì a spiegare l'effetto inconsueto della radioterapia anche invocando le varie teorie emesse sulla azione a distanza. Nel 1° caso una ragazza diciottenne irradiata per una linfadenite latero-cervicale specifica viene colta dopo 3 giorni da un accesso tipico di malaria terzana di cui aveva sofferto all'età di 14 anni senza aver più avuto da allora altri accessi. Il II caso riguarda una donna 22enne amenorroica da 10 mesi, in cui una irradiazione di un'idrosadenite ascellare D. provocò dopo 10 giorni la ricomparsa regolare del flusso mestruale. La III paziente era una donna in menopausa da 10 anni in cui l'irradiazione dei focolai linfogranulomatosi latero-cervicali, ascellari-mediastinici provocò dopo 5 mesi dalla prima seduta la comparsa di un flusso avente tutte le caratteristiche mestruali.

Dott. P. REBEZ. — *Il metodo di Laruelle nella precisazione dei ventricoli cerebrali.*

Il Segretario: Dott. A. VANNI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali di Ferrara.

Seduta del 17 giugno 1933.

Presidente: R. Tambroni.

Bucciardi e Bassani. — *Ricerche sul gruppo degli zuccheri.*

Di una particolare distrofia ossea in una bambina (presentazione della malata e di radiografie).

Ortolani e Castagnari. — Gli OO. presentano una bimba di sei anni affetta da una forma di distrofia ossea che colpisce esclusivamente le ossa lunghe del I e II segmento degli arti, interessando sopratutto la parte media delle diafisi, mentre rispetta tutte le altre parti dello scheletro. Il caso viene illustrato con numerose lastre radiografiche le quali dimostrano che nelle parti colpite si alternano zone di rarefazione, le quali non assumono peraltro mai l'aspetto cistico vero e proprio, con zone di addensamento; le une e le altre appaiono tipicamente simmetriche; mancante o di poco conto la compartecipazione periostale. Le ossa più colpite sono: il femore, le tibie ed i peroni.

Normale il ricambio del calcio, del fosforo, della colesterina e quello idrico.

Gli OO. ritengono che, per quanto loro consta e per i caratteri che presenta, la distrofia non ripete il quadro di nessuna delle sindromi note.

Discussione: Casati Eugenio, Bucciardi, Minerbi, Chiappini.

Le meningiti pleiocitarie benigne.

F. Ravenna. — L'O., fatto un breve cenno delle principali forme di meningite fermandosi in particolare sulle meningiti sierose, passa alla descrizione del quadro clinico delle meningiti pleiocitarie acute benigne di cui presenta quattro casi discutendone la diagnosi differenziale che in due di essi è particolarmente interessante.

Parla poi delle principali idee predominanti oggi sull'eziologia di queste forme: espone le ragioni per cui ritiene opportuna la denominazione di meningite pleiocitaria benigna, e conclude confermando l'opportunità di tenere divise dalle altre queste speciali sindromi meningee che ritiene malattie a sè stanti.

Discussione: Rietti, Minerbi, Ortolani.

Due casi di meningite.

Ravenna Ferruccio. — L'O. riferisce su due fratelli, rispettivamente di 7 ed 11 anni, ammalatisi contemporaneamente e ricoverati in Ospedale, l'uno apirettico, l'altro febbricitante, con sintomi di meningite della base, da principio più evidente nel primo.

Rachicentesi ripetute diedero esito a liquor con forte pressione e con spiccata reazione albumino-citologica. Non reticolo di Mia nè bac. di Koch od altro.

Dopo circa una settimana di degenza i due ragazzi morirono a poche ore di distanza. L'autopsia dimostrò due tipiche meningiti basilari con presenza di tubercoli e di bac. di Koch.

Alcuni giorni dopo una sorellina fece la stessa fine. Risultò che la madre era malata di tubercolori polmonare aperta, manifestatasi dopo di avere prestato servizio e lavato la biancheria di un cognato pure ammalato di tubercolosi polmonare, la moglie del quale aveva contemporaneamente contratto una infezione mortale dello stesso tipo.

Frequentissima è purtroppo la ripetizione a distanza di tempo di casi di meningite tubercolare nella stessa famiglia; molto rara per quanto all'O. risulta, la contemporaneità, e perciò i casi osservati, oltre alla singolarità di una specie di piccola epidemia famigliare di meningite tubercolare, per cui, in mancanza di reperto di bacilli di Koch, era doveroso di cercare di confermare la diagnosi mediante l'autopsia, si prestano a qualche amara considerazione del pericolo, talvolta immane, costituito da tubercolosi aperte abbandonate in abitazioni antigieniche in mezzo a popolazioni ignoranti.

Una rara lesione viscerale consecutiva a trauma addominale

Nobili. — L'O. illustra il caso di un giovanetto decenne che, cadendo di bicicletta, riportò un trauma alla regione epigastrica.

Intervenuto dopo 40 ore per lesione generica viscerale, rinvenne una vasta emorragia sotto capsulare a carico della faccia concava del fegato. Incisione dell'ematoma, drenaggio, guarigione. L'O. discute l'entità anatomo-patologica, il meccanismo di produzione della lesione, la difficoltà e le possibilità diagnostiche di casi consimili, rarissimi nella letteratura.

Contributo allo studio dei tumori primitivi del polmone.

Cipriani. — L'O. riferisce intorno ad un caso di tumore primitivo del polmone in una bambina di 11 anni. Inizio brusco, con febbre e sintomi di tipo pneumonico; eccezionale violenza della dispnea; ottusità massiva nei 2/3 superiori del campo polmonare destro, in contrasto col suono chiaro basale; abolizione del fremito vocale tattile e silenzio respiratorio assoluto; formazione di due bozze (anteriore e posteriore) nella parte alta dell'emitorace destro, rivelanti lo sviluppo rapidamente espansivo del neoplasma; decorso acuto (forma galoppante di Marfan); nel periodo terminale, comparsa di una paresi motoria e sensitiva completa agli arti inferiori, poi anche ai superiori. Viene discussa la diagnosi differenziale in base ai dati clinici, e viene brevemente riassunta la recente bibliografia sull'argomento.

Discussione: Nobili, Rietti, Ravenna F., Bucciardi.

Di un riflesso idro termo-vescicale.

Casati Eugenio. — Immergendo le mani di un individuo in un catino con acqua tiepida ad occhi bendati, oppure anche ad occhi aperti, e meno frequentemente immergendo i piedi, l'individuo in esame avverte subito lo stimolo di orinare.

Il segno potrebbe avere pratica applicazione, sia come mezzo di localizzazione di una lesione spinale, sia per ottenere dell'orina quando l'individuo abbia da poco orinato e non sia capace di fornire l'orina indispensabile per l'esame.

Discussione: Bucciardi, Nobili, Tambroni.

Il Segretario: Dott. E. Chiappini.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sul valore diagnostico della reazione intradermica in alcune sindromi allergiche.

H. Reichel (*Klin. Wochenschrift*, 27 maggio 1933) ha saggiato, adoperando più di 70 estratti-allergeni, la reattività cutanea di individui sani o affetti da asma, orticaria, febbre da fieno, edema di Quincke, rinite vaso-motoria. Le reazioni specifiche furono concordi solo nei soggetti con febbre da fieno; essi erano ipersensibili quasi verso tutti gli allergeni del gruppo « Helisen ».

Pazienti affetti da accessi di orticaria reagivano per lo più come individui normali; solo in un caso si è potuto determinare l'allergene specifico colla prova intradermica; del resto, questo venne già indicato dall'infermo stesso. Anche nei casi di edema di Quincke e di rinite vasomotoria la prova intracutanea ha dato dei risultati poco probativi; pur essendo essa specificatamente positiva in un caso (su sei) non fu confermata dalla prova di esposizione.

Su 45 asmatici studiati 32 presentarono ipersensibilità cutanea verso quasi tutti gli allergeni adoperati; mentre dall'anamnesi e dalla prova di esposizione si è potuto costatare che solo 2 o 3 di questi determinavano l'insorgenza delle crisi; in un caso anzi l'allergene specifico degli accessi ha dato la reazione intracutanea negativa.

Dai dati su citati risulta che il valore diagnostico dell'intradermoreazione è molto relativo, visto che nella maggior parte dei casi solo la prova di esposizione può mettere in evidenza il rapporto di causa ed effetto fra l'allergene e la malattia (se questa non è stata ancora trovata dal paziente stesso). Risultati effettivamente probativi si hanno solo nella febbre da fieno. S. MINZ.

CASISTICA E TERAPIA.

Il catarro del tenue e la dispepsia da saponi.

O Porges (*Klinische Wochens.*, 17 giugno 1933) descrive il quadro clinico del catarro del tenue senza catarro del crasso. Esso è caratterizzato dai sintomi seguenti: 1) Reperto di un aumento di saponi nelle feci dopo il pasto di prova; esso è probativo soltanto se si possono escludere malattie del pancreas, ostruzione delle vie chilifere con disturbo nell'assorbimento di grassi od insufficiente apporto di bile. 2) Ipermotilità dell'intestino riconoscibile radiologicamente con il pasto di contrasto. Dopo 2 ore, la pappa di bario è già nel crasso.

Accanto a questi due sintomi principali, se ne trovano altri. I malati si lamentano di un certo malessere dopo i pasti, con senso di caldo, sudori, raramente vertigini o tendenza allo svenimento. In qualche caso, dolori colici localizzati a sinistra dell'ombelico; oppure disturbi gastrici diversi, quali senso di pressione allo stomaco, eruttazioni, stimolo al vomito, flatulenza, meteorismo.

Obbiettivamente, si nota un punto doloroso alla pressione a sinistra dell'ombelico, od alla schiena a sinistra delle ultime vertebre dorsali o della prima lombare. Come conseguenze, possono aversi la diffusione al crasso, con diarree, dermatosi pruriginose, neurodermiti, orticaria, raramente anemia ipocroma e glossite.

Il catarro del tenue si accompagna spesso alla colelitiasi; la frequenza dei catarri del tenue dopo la gastroenteroanastomosi ci spiega la comparsa dei disturbi biliari in tali malati. Il catarro del tenue nella colelitiasi provoca una preponderanza dell'iperestesia sinistra e l'irradiazione verso sinistra nelle coliche biliari.

Vi sono dei casi di dispepsia da saponi, che non sono migliorati con una dieta scarsa in cellulosa, ma soltanto con quella scarsa di grassi. Anche la dieta di mele guarisce tali casi, per essere priva di grassi. Questi, però, possono essere sopportati da tali malati quando contemporaneamente, si somministra abbondante quantità di pane nero, patate e carbonato di calcio. Questo ultimo, da solo, invece non sempre si mostra utile. *fil.*

Ileo duodenale.

R. P. Rowlands (*The Lancet*, 5726, 1933) richiama l'attenzione sulla dilatazione del duodeno, che costituisce spesso la base di una sintomatologia sorda e mal diagnosticabile.

La dilatazione occupa, di solito la terza porzione del duodeno e può essere provocata dalla compressione di questo per stiramento di un mesentirio troppo corto, per la presenza di glandole tubercolari o carcinomatose, per la esistenza di aderenze.

La sintomatologia consiste in un senso di distensione penosa all'epigastrio durante o subito dopo i pasti, flatulenza, nausea e anoressia: talora c'è vomito cui segue un miglioramento dei disturbi: gli attacchi durano due o tre giorni, e si ripetono a intervalli sempre minori.

In genere la sintomatologia si attenua, sollevando il bacino.

La dilatazione duodenale può determinare a sua volta dilatazione dello stomaco: all'esame radiologico la si può confondere con un diverticolo duodenale, che però è raro nella III^a porzione; la presenza di un'antiperistalsi rende impossibile l'errore.

Clinicamente, si fa spesso diagnosi di appendicite ricorrente, colecistite, volvulo del cieco, ulcera gastrica o duodenale.

L'unica cura efficace è quella chirurgica e consiste nella duodeno-digiunostomia.

V. SERRA.

L'esame batteriologico dei versamenti peritoneali nelle ulcere gastro-duodenali perforate.

C. Clavel e I. Gellie (*Lyon Chirurg.*, n. 3, 1933) prima di riportare i risultati dei loro esami, ricordano come poche volte è stato eseguito un esatto studio batteriologico del liquido peritoneale dei perforati.

I casi più numerosi sono stati riferiti da Judine, e già da questi si rileva la loro grande importanza, ai fini prognostici.

In 104 casi di J. il liquido risultò sterile in 10 casi, e questi volsero tutti a guarigione; mentre tra i rimanenti 94 casi settici, si ebbero 17 morti. I casi sterili erano tutti infra la XII ora dalla perforazione.

Gli AA. hanno studiato 15 casi, ed hanno trovato il contenuto peritoneale 7 volte sterile e 8 volte settico.

Tra i germi coltivati si trovano: il coli, l'enterococco, il pneumococco, lo streptococco; mai hanno trovato anaerobi nè stafilococchi.

Rare volte l'esame diretto è bastato a dire della sterilità del versamento, per cui raccomandano sempre l'esame culturale, che richiede però, per essere completo, da due a tre giorni.

Nei loro casi, il prognostico batteriologico è andato d'accordo col prognostico clinico, e porta a concludere che, nei perforati con versamento asettico, la guarigione si ha senza complicanze nel 95 %, mentre in quelli con versamento infetto la mortalità è del 50 % ed i séguiti operatori sono quasi regolarmente disturbati da complicazioni varie (ascessi pelvici, parieto-colici, sottoepatici, pleuriti, ecc.).

R. GRASSO.

Perforazione intestinale nella paratifoide.

P. Bonamy (*Thèse de Paris*, 1932) riporta 18 casi di perforazione nella paratifoide, in pazienti da 17 a 51 anni. In 11 casi si trattava di paratifo B, in 7 di A. Quattro guarirono dopo l'operazione, 14 morirono.

L'A. sconsiglia la resezione intestinale perchè pericolosa, richiedendo molto tempo e provocando uno « shock » troppo forte. Raccomanda invece uno dei metodi seguenti: drenaggio libero al punto della perforazione; esteriorizzazione dell'ansa affetta seguita dalla resezione quando la peritonite è cessata. *fil.*

Valore della trasfusione sanguigna nelle atonie intestinali funzionali acute.

A. H. Dubois (*Presse Méd.*, 24 maggio 1933) in tre casi di atonia intestinale funzionale acuta ha ottenuto effetti sorprendenti dalla trasfusione di sangue, che rapidamente fece scomparire l'atonia. Non sembra che si possa invocare, a spiegazione dei fatti osservati, un'analogia di azione con le iniezioni endovenose di soluzione salina ipertonica, alle quali non reagiscono favorevolmente che gli individui portatori di una occlusione intestinale che ha prodotto una grave ipocloremia dovuta ai vomiti abbondanti. In questi casi il siero ipertonico agisce per sostituzione e non sembra possedere, per sè stesso, un potere di attivazione della peristalsi.

Data la rapidità con la quale l'atonia cede alla trasfusione, non può trattarsi della neutralizzazione di un corpo tossico. Bisogna allora pensare all'apporto di una sostanza circolante normalmente nel sangue e che tiene sotto la sua dipendenza l'attività intestinale e proveniente forse dal pancreas, di cui è nota l'importanza nel quadro delle ostruzioni intestinali?

Benchè una spiegazione dell'azione della trasfusione sia impossibile, allo stato attuale delle cose, dal punto di vista pratico è da notare che una trasfusione di sangue nel corso di un ileo paralitico non può incontrare delle controindicazioni e può ristabilire un peristaltismo intestinale gravemente compromesso.

C. TOSCANO.

Pericoli della gastrolisi negli stati comatosi delle intossicazioni.

H. L. Marriot (*Lancet*, 1933, n. 5723) richiama l'attenzione sulla possibilità che il contenuto gastrico, che fuoriesce con la lavatura dello stomaco, penetri nelle vie respiratorie e vi provochi una broncopolmonite. Il malato deve pertanto esser messo in posizione tale che la bocca ed il faringe si trovino in un piano più basso che il laringe. Ciò si tenta di ottenere in varî modi, sia mettendo dei cuscini sotto le spalle, sia facendo pendere la testa sotto il piano del letto.

L'A. trova che tali metodi non rispondono allo scopo e consiglia di tenere il paziente in posizione di Trendelenburg e di eseguire la manovra in una camera operatoria bene riscaldata. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Nuovi studi sul virus influenzale.

Parecchi tentativi sono stati fatti per trasmettere l'influenza agli animali da laboratorio, in modo da poter fare sul suo virus degli studi più completi. Ma, salvo che per le scimmie e non sempre nemmeno per esse, i risultati sono stati negativi; nè, d'altra parte, si può troppo spesso ricorrere ad uomini che volontariamente si prestano.

Recentemente, W. Smith, C. H. Andrews e P. Laydlaw (*The Lancet*, 8 luglio 1933) hanno riferito di essere riusciti a trasmettere il virus influenzale al furetto, dopo molti tentativi fatti su numerose altre specie animali. Invece, il furetto due giorni dopo l'instillazione nasale di filtrati di lavature della gola di pazienti con influenza, si ammala con febbre e catarro nasale. Gli AA. poterono ottenere 26 passaggi in serie mediante instillazioni di sospensioni di muco nasale ed osservarono anche la trasmissione per contatto. Gli animali che guariscono dalle infezioni rimangono poi solidamente immuni.

Interessanti sono poi gli studi compiuti sul confronto di questo virus con quello dell'influenza dei maiali, isolato da Shope in occasione di un'epizoozia insorta in America durante un'epidemia influenzale. Tale virus, da solo, provoca una malattia lieve e fugace ma, allorchè è associato con un batterio (*Haemophilus influenzae suis*), non distinguibile dal consueto bacillo di Pfeiffer, dà il quadro clinico completo dell'influenza.

Il virus di Shope non è infettivo per il furetto, ma esiste però un'immunità crociata fra esso ed il virus influenzale umano recentemente usato dagli AA. Tale immunità, però, non è completa, poichè gli animali che guariscono dall'infezione con virus umano non sono del tutto refrattari al virus di Shope. Ad ogni modo, essa indica una certa affinità antigena fra i due virus.

Nel virus isolato dagli AA., non esistono forme batteriche; inoltre i controlli fatti con filtrati da lavature di gole normali si sono dimostrati del tutto innocui per i furetti. Si aggiunga inoltre che il siero di uomini convalescenti d'influenza neutralizza il virus.

Tali scoperte hanno una importanza notevole e, se non decidono del tutto la questione fra i sostenitori del bacillo e quelli del virus, hanno portato un notevole contributo per dimostrare che la causa prima dell'influenza umana è da attribuirsi al virus. *fil.*

VARIA.

Fenomeni meteorici e dermatosi

Prurito e scirocco.

Lo studio della metereopatologia è all'ordine del giorno: per quanto questa nuova scienza sia ancora ai suoi inizi e poche siano a tutt'oggi le sindromi che si possano con sicurezza collegare a fenomeni metereologici, pure numerosi AA. si sono dedicati all'appassionante argomento e studi e lavori fioriscono in ogni parte del mondo.

J. Lacassagne e J. Rousset (*Le Journ. de Méd. de Lyon*, 20 maggio 1933), hanno voluto studiare le ripercussioni che sulle dermatosi ha il « vent du Midi » vento, che risalendo la vallata del Rodano, apporta nella regione di Lione le più grandi perturbazioni atmosferiche.

Gli AA. hanno cioè trasportato nel campo delle dermatosi, studi che altri AA., nella stessa regione e nelle stesse condizioni atmosferiche, avevano fatto nel campo pediatrico.

Che rapporti fra condizioni atmosferiche e dermatosi in genere esistessero, era fatto già noto e messo in evidenza, per quanto in maniera incompleta, da varî AA.: ma che un particolare fenomeno atmosferico, quale è il « vent du Midi » potesse dar luogo a particolari fenomeni morbosi è concezione del tutto nuova ed interessante.

Mouriquaud aveva già segnalato nei bambini affetti da lesioni epatiche, l'apparizione del prurito e di *poussées* di orticaria durante il « vent du Midi ».

Gli AA., continuando negli adulti le osservazioni del Mouriquaud, hanno notato la dannosa influenza che ha questo vento sui malati affetti da dermatosi pruriginose: il dato più comune è l'aumento del prurito. Le osservazioni degli AA. concernono dei soggetti colpiti da eczema, *lichen planus*, prurigo e *poussées* d'orticaria. Il malato stesso nota questa nocività del vento di mezzogiorno: il prurito infatti aumenta di intensità e tale aumento persiste durante tutta la durata del vento e raggiunge il suo parossismo durante la notte. Le donne sono più sensibili degli uomini. Un'altra manifestazione cutanea in dipendenza col suddetto vento è l'apparizione o l'aumento, negli eczematosi, della secrezione sierosa: alcuni eritemi poi prendono una tinta di un rosso più scuro.

Quali sono i probabili meccanismi attraverso cui agisce il « vent du Midi »? Questi meccanismi possono essere molteplici ed è difficile lo stabilire la parte che spetta a ciascuno di essi. Si può infatti sospettare l'azione che hanno alcune variazioni atmosferiche, quelle del campo elettrico per es., sugli organismi normali. L'esperimentazione in questo campo è però estremamente delicata e sottoposta a numerose cause d'errore: ond'è che per spiegare l'azione di questo vento sulle dermatosi, si è costretti a ricorrere a delle ipotesi.

Mouriquaud incrimina sopratutto l'abbassamento dello stato igrometrico dell'aria, fenomeno che provoca l'aumento delle perdite idriche cutanee. Sono queste perdite idriche cutanee e sopratutto respiratorie che disidratano l'organismo: si spiegherebbe così anche l'aumento di secrezione degli eczemi. Ma si possono anche incriminare come causa le perturbazioni del sistema nervoso, specialmente vagosimpatico. Tali perturbazioni si verificano forse sotto l'influenza delle modificazioni del campo elettrico atmosferico. Secondo Tchijewsky l'aria jonizzata aumenta l'eccitabilità nervosa dell'organismo animale raddoppiando il numero degli atti motori: dopo quattro ore di tale influenza di aria jonizzata, si avrebbe invece un abbassamento di questa attività motoria. Certo è difficile dire quale sia il vero meccanismo degli accidenti osservati: può darsi che le cause addizionino i loro effetti. È tuttavia da notare che vi è correlazione fra le curve igrometriche, elettriche e luminose.

Queste constatazioni dovrebbero essere il punto di partenza di studi sistematici da parte di studiosi di tutte le regioni del mondo. La conoscenza approfondita dei fenomeni meteorici e delle loro ripercussioni sull'organismo potrebbe forse un giorno illuminare di nuova luce le attuali conoscenze sull'etiopatogenesi e sulla epidemiologia delle più svariate malattie.

G. LA CAVA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

V. - Licenziamento per fine di prova di un chirurgo primario ospedaliero.

Si è svolta tra il dott. Rossoni Vittorio e la Congregazione di Carità di Anagni una controversia assai interessante, per le quistioni giuridiche, in parte nuove, che si sono presentate e sono state risolute dalla giurisdizione amministrativa.

Il dott. Rossoni fu nominato interino e, dopo circa un anno, titolare dell'ufficio di direttore e chirurgo primario dell'Ospedale di Anagni.

Erano decorsi più di due anni dalla prima nomina quando il Presidente della Congregazione di Carità ne deliberò il licenziamento per fine di prova, tre mesi prima del compimento del biennio *dalla data della nomina all'ufficio di titolare*. Disse il Presidente, su conforme parere dei patroni, che la prova non aveva corrisposto *ai desideri* dell'amministrazione: nulla di più.

Essendo dubbia la competenza, il dott. Rossoni fece ricorso alla G. P. A. e al Consiglio di Stato; dedusse vari motivi di illegittimità: non risultava che il parere dei patroni fosse stato espresso a scrutinio segreto; il periodo di prova era compiuto; la deliberazione avrebbe dovuto essere motivata e, invece, conteneva una generica affermazione; il provvedimento era in stridente contrasto con precedenti attestazioni dello stesso Presidente della Congregazione e col generale riconoscimento pubblico dell'opera lodevolissima prestata dal dott. Rossoni.

La G. P. A. di Frosinone respinse il ricorso. Il dott. Rossoni ricorse al Consiglio di Stato, al quale aveva presentato altro ricorso direttamente. Si presentava, anzitutto, la quistione di competenza: contro il licenziamento dei sanitari ospedalieri, per fine del periodo di prova, è ammesso ricorso direttamente al Consiglio di Stato, come è espressamente stabilito per i sanitari condotti e, in genere, per tutti gli impiegati comunali, o, è invece, applicabile la disposizione generale che ammette il ricorso alla G. P. A. per tutte le quistioni dipendenti dal rapporto di impiego?

La questione fu ampiamente trattata. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 22 aprile 1932, n. 243, malgrado precedenti risoluzioni che tendevano a diversa conclusione, dichiarò ammissibile il ricorso alla G. P. A. e in *secondo grado* al Consiglio di Stato, non risultando alcuna deroga espressa alla regola stabilita dall'art. 4 del T. U. 26 giugno 1924, n. 1058.

È bene tener presente questa risoluzione, confermata da successive decisioni. La V Sezione dichiarò quindi ammissibile soltanto il ricorso che era diretto contro la sentenza della G. P. A. e dispose la esibizione di una inchiesta eseguita da un ragioniere *dopo il licenziamento*. Riassunto il giudizio, la V Sezione, con decisione 8 luglio 1933, n. 433, ha annullato la deliberazione di licenziamento per due motivi: *a*) il parere dei patroni, trattandosi di quistione concernente persona, avrebbe dovuto essere espresso a scrutinio segreto e l'osservanza di questa formalità avrebbe dovuto essere attestata dal verbale; *b*) le deliberazioni di licenziamento dei sanitari ospedalieri, per fine del periodo di prova, *devono essere sempre motivate*, a differenza di quelle concernenti i sanitari condotti; la motivazione deve essere concreta e sufficiente e non può limitarsi «a enunciare che l'esperimento non sia riuscito conforme ai desideri dell'Amministrazione, senza indicazione di ragione alcuna» perchè questa affermazione «si risolve in una tautologia che potrebbe permettere l'arbitrio illimitato dell'amministrazione: essa non ha altro significato che l'esperimento è fallito, *perchè è fallito*».

Ha osservato inoltre la decisione che la motivazione è illegittima perchè «riferisce il fallimento della prova non ad elementi obbiettivi quali sono — e non possono essere altri — le esigenze del servizio, ma ad elementi subbiettivi, quali sono i desideri dell'Amministrazione; *può invero l'impiegato non aver corrisposto ai desideri dell'Amministrazione e giustamente non avervi corrisposto se i desideri non fossero stati tali da non coincidere con le necessità e con le esigenze del pubblico servizio*».

VI. - Concorso per nomina all'ufficio di sanitario ospedaliero.

Il regolamento della Opera Pia Ospedale Civile di Bolzano dispone che della Commissione giudicatrice del concorso devono far parte il direttore sanitario dell'Ospedale, un professore di clinica ed un membro dell'amministrazione. L'avviso del concorso, indetto per la nomina del chirurgo primario, prevedeva l'accertamento della idoneità in base ai titoli e, *occorrendo*, a prove di esame. Praticamente si procedette così: il Presidente della Commissione esaminò, da solo, i titoli e stabilì che i candidati facessero anche la prova di esame. Successivamente, la Commissione, riferendosi ad intese (verbali) tra essa e il Consiglio di Amministrazione, confermò tale risoluzione e regolò il procedimento stabilendo che i titoli

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

fossero divisi in due categorie (carriera e studi scientifici) e le prove di esame fossero tre; attribuì a ciascun Commissario dieci punti per ciascuna delle due categorie di titoli e per le singole prove di esame.

Determinate così le norme generali del procedimento, i candidati furono invitati a fare la prima prova di esame. La Commissione esaminò poi i titoli, sommariamente; nell'ultima seduta, furono continuati gli esami.

È da notare che della Commissione faceva parte il Presidente dell'Opera Pia, distinto ingegnere, il quale, perciò doveva valutare non soltanto i titoli, ma anche le prove sperimentali: patologia chirurgica ecc. Fu graduato primo e fu nominato il prof. Polacco. Ricorse al Consiglio di Stato il prof. Broglio e dedusse: inidoneità funzionale della Commissione, perchè uno dei tre membri non era in condizione di giudicare consapevolmente; illegalità del procedimento perchè il giudizio avrebbe dovuto essere fondato sui titoli e soltanto in ipotesi si sarebbe potuto stabilire, *come mezzo sussidiario e integratore*, un esame pratico; altra illegittimità, per essersi proceduto prima ad una prova di esami, poi alla valutazione dei titoli e successivamente ad altre prove e, infine, per non essere stati stabiliti criteri di valutazione ecc.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 27 luglio 1933 n. 475, ha respinto il primo motivo concernente la costituzione della Commissione, osservando che era stato applicato l'art. 189 del regolamento dell'Ospedale, il quale ammette a far parte della Commissione *un componente* del Consiglio di Amministrazione. Letteralmente la risoluzione si può giustificare; ma rimane questo assurdo *sostanziale*: un ingegnere giudica di un *esame* di patologia, di clinica chirurgica e attribuisce punti di merito! La stessa decisione ha però accolto gli altri motivi, considerando che la Commissione avrebbe dovuto valutare preliminarmente i titoli dei concorrenti e « qualora in seguito alla valutazione dei titoli non si fosse potuto coprire il posto messo a concorso, si sarebbe potuto passare alla prova sussidiaria degli esami ».

Ha rilevato inoltre la decisione le seguenti illegalità: mancò l'esame collegiale preventivo dei titoli, che furono valutati, invece, dopo la prima prova pratica; gli esami furono considerati « mezzo principale sebbene il concorso fosse principalmente per titoli e in via sussidiaria per esame »; nel verbale mancava la elencazione e la classificazione dei titoli, sicchè il giudizio della Commissione era monco e deficiente.

Il Consiglio di Stato ha perciò annullato la deliberazione di nomina e gli atti della Commissione.

VII. - Responsabilità dei funzionari pubblici per atti illeciti.

Un agente ferroviario fu sottoposto a visita sanitaria e da una Commissione tecnica fu dichiarato « *paranoico querulante* ». Sulla base di questo giudizio, fu dispensato dal servizio per infermità di mente. Ricorse al Consiglio di Stato, il quale confermò il provvedimento dichiarando che l'apprezzamento dell'amministrazione era insindacabile. Frattanto, autorevoli medici alienisti, avevano attestato che quell'agente era sano di mente e il procedimento seguito dalla Commissione era manifestamente inidoneo. L'agente agì contro i *singoli* componenti della Commissione sanitaria, per *responsabilità personale*, deducendo che l'accertamento peritale, così duramente lesivo, era il risultato di colpa professionale grave. Il Tribunale dichiarò ammissibile la domanda e dispose una perizia. La Corte d'appello di Trieste, però, ritenne improponibile l'azione di responsabilità personale perchè la colpa sarebbe relativa ad un *fatto di servizio* che, come tale, è fatto o atto dell'Amministrazione e può determinare la responsabilità di questa e non del funzionario.

Le Sezioni Unite della Corte di Cassazione, con sentenza 28 luglio 1932, n. 3181, hanno confermato la dichiarazione di inammissibilità, ma per motivi diversi. Hanno riconosciuto che la responsabilità della pubblica amministrazione, comunque configurata, non esclude, in ogni caso, la responsabilità personale del funzionario « attingendo questa la sua radice dalla diversità dei subbietti e dalle esigenze di giustizia che vuole che non solo la p.a. ma anche il funzionario sia esposto ad azioni di danno, quando al di lui operato possa ricollegarsi direttamente il pregiudizio lamentato ». Ha soggiunto la Corte di Cassazione che non si può far differenza fra dolo e colpa agli effetti della responsabilità personale e non si può ritenere che sia insindacabile l'attività tecnica discrezionale dell'impiegato al fine della responsabilità di esso. Tuttavia, la Cassazione ha dichiarato *in quel caso* inammissibile la domanda perchè ha ritenuto che unica causa del danno sia stato l'atto amministrativo che il Consiglio di Stato aveva dichiarato legittimo. In sostanza, il concetto direttivo è questo: la responsabilità della p.a. non esclude, in ogni caso, quella personale del funzionario; anche questi è esposto ad azione di danni quando al di lui operato possa ricollegarsi direttamente il pregiudizio lamentato. Ma se all'esercizio del dovere di ufficio di un funzionario segua un atto della p.a. che sia la vera ed unica causa del danno lamentato e il Consiglio di Stato abbia dichiarato legittimo questo atto, non è possibile proporre azione per danni contro il funzionario.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti

Abbiategrasso (*Milano*). *Ospedale di Circolo Costantino Cantù*. — Scad. 10 ottobre, ore 18; direttore e medico primario; L. 16.000 decurtate del 12 %, 4 quinquenni dec., alloggio, partecipaz.; l. doc. in patologia o clin. med. e competenza in tisiologia. Letti 140.

Altomonte. — Uff. San., L. 2500. (V. Cosenza).

Avezzano (*Aquila*). *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola*. — Scad. 30 sett.; aiuto chirurgo; L. 5500; riduz. 12 %; tassa L. 50; per altre condizioni chied. annunzio.

Belvedere Marittimo. — Uff. San., L. 4500. (V. Cosenza).

Berbenno (*Bergamo*). — Scad. 31 ott.; L. 9600 aumentabili, addizionali L. 2 ovvero L. 5 per tutti gl'inscritti; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

Bonifati. — Uff. San., L. 3500. (V. Cosenza).

Branzi (*Bergamo*). — Per titoli. Condotta consorziale dei Comuni di Branzi, Carona, Valleve, Foppolo e Isola di Fondra. Stipendio annuo lire 10.000 con aumento di un decimo per ogni quinquennio e per cinque quinquenni consecutivi. Indennità di L. 570 per le funzioni di Ufficiale Sanitario; L. 4500 per mezzi di trasporto; L. 400 per spese di ambulatorio; L. 5 o L. 2 di quota annua capitaria per ogni inscritto nell'elenco aventi diritto rispettivamente alla sola assistenza sanitaria gratuita o all'assistenza sanitaria e farmaceutica gratuita. Caro viveri nella misura corrisposta dallo Stato ai proprii dipendenti. Lo stipendio e le indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % ed alle ritenute per contributi a favore della Cassa Previdenza per i Sanitari, dell'I.N.I.E.L. di Roma e del Collegio Orfani Sanitari in Perugia, nonchè a quelle di R. M. e I. C. Le domande, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con le altre formalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale del Capo Consorzio, debbono pervenire alla Segreteria di Branzi non oltre le ore diciotto del quindici ottobre 1933-XI.

Cantù. — V. Como.

Cariati. — Uff. San., L. 3500. (V. Cosenza).

Casale Monferrato (*Alessandria*). — Per titoli ed esami. Posto di Ufficiale Sanitario. Scadenza 30 novembre 1933-XII. Stipendio lordo L. 13.500, con aumenti biennali di un ventesimo, oltre indennità servizio attivo e caro viveri, nonchè compensi per le prestazioni private. Domande e documenti alla R. Prefettura di Alessandria. Richiedere copia dell'avviso al Comune di Casale Monferrato.

Chiavari (*Genova*). — Scad. 60 giorni dal 22 lug.; condotta urbana; esami; L. 7200 e 10 bienni ventes., oltre L. 300 bicicl.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 22 lug.

Civita. — Uff. San., L. 2500. (V. Cosenza).

Como. *R. Prefettura*. — Scad. 15 ott., ore 18; uff. san. di Cantù; L. 15.000 oltre L. 3000 serv. att. e L. 2400 trasp., 3 aumenti di L. 1000; divieto libero esercizio; titoli ed esami; età lim. 45 a.; tassa L. 50,20 alla Tesoreria comunale; doc. a 3 mesi dal 15 ag.

Cosenza. *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami. Scadenza 31 ottobre 1933-XII. Posti di Ufficiale Sanitario nei seguenti Comuni, con lo stipendio a fianco di essi indicato: Altomonte, L. 2500; Belvedere Marittimo, L. 4500; Bonifati, L. 3500; Cariati, L. 3500; Civita, L. 2500; Cropalati, L. 3500; Diamante. L. 2500; Fuscaldo, L. 4500; Laino Bruzio, L. 3500; Longobucco, L. 4500; Mendicino, L. 3500; Mormanno, L. 3500; Rende, L. 4500; Rogiano Gravina, L. 3500; San Demetrio Corone, L. 3500; San Pietro in Guarano, L. 3500; Terranova di Sibari, L. 3500; Verbicaro, L. 3500.

Cropalati. — Uff. San., L. 3500 (V. Cosenza).

Diamante. — Uff. San., L. 2500. (V. Cosenza).

Fabbrica Curone (*Alessandria*). — Il Podestà informa che il termine del 31 agosto fissato per la presentazione delle domande e documenti pel concorso alla condotta di Fabbrica Curone con residenza in Garadassi, è stato prorogato al 1° ottobre 1933. Le condizioni e modalità indicate nel N. 27 del 3 luglio di questo periodico restano invariate, con l'avvertenza che lo stipendio e le indennità si intendono al lordo di tutte le riduzioni e ritenute di legge.

Fano (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 90 giorni dal 10 ag.; residenza Fenile; L. 8300 oltre L. 3000 cavalc. o automob. o motocicl.; c.-v.; 10 bienni ventes.; addizion. L. 2 oltre 300 pov. e L. 3 oltre 1000; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 10 ag. Chied. annunzio.

Fuscaldo. — Uff. San., L. 4500 (V. Cosenza).

Gallarate (*Varese*). — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario e capo dell'Ufficio d'Igiene. Stipendio iniziale L. 16.000 al lordo di R. M. e del contributo Cassa Pensioni Sanitari, con 5 aumenti quadriennali del decimo. Indennità di servizio attivo L. 3000 al lordo di R. M. non valutabile per la pensione, oltre L. 2000 per indennità varie di trasferte nel territorio del Comune. Stipendio e indennità sono soggette alla riduzione del 12 % ed alle trattenute di legge. È inibito il libero esercizio professionale. Le domande e i documenti, l'elenco dei quali con le altre formalità e modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Comune di Gallarate, debbono pervenire alla predetta Segreteria non oltre il 15 ottobre 1933-XI.

Genova. *Spedali Civili*. — Proroga al 15 settembre, ore 12, del concorso al posto di vice primario medico.

Laino Bruzio. — Uff. San., L. 3500. (V. Cosenza).

Legnago (*Verona*). — Scad. 30 sett.; uff. san. consorz. (14 Comuni); L. 18.000; riduz. 12 %; lire 5000 trasp.; età lim. 45 a. al 5 agosto; tassa L. 50.

Longobucco. — Uff. San., L. 4500. (V. Cosenza).

Mede (*Pavia*). *Congregazione di Carità*. — Per titoli. Posto di Medico Direttore dell'Ospedale S. Martino. Scadenza 30 novembre 1933. Stipendio L. 14.000. Diritti accessori L. 1400 e L. 1600 al 5° e 10° anno di servizio. Compartecipazione proventi visite ed atti operativi. Indennità temporanea L. 2000 per Direzione ambulatorio antitubercolare. Per chiarimenti circa limiti d'età, titoli di studio richiesti, rivolgersi all'Amministrazione Ospitaliera.

MENDICINO. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

MILANO. *Cassa Soccorso dell'A. T. M. (Istituto Medico Chirurgico XXVIII Ottobre)*. — Concorso per titoli ai posti di: un Primario Pediatrico, un Aiuto di Chirurgia, un Aiuto di Ostetricia e Ginecologia, un Aiuto di Medicina, quattro Assistenti in Medicina e Chirurgia, un Medico Assistente addetto alla Terapia Fisica. Età limite, per il primario 50 anni di età, per gli aiuti 35, e per gli assistenti 30. Scad. ore 18 del 20 settembre. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio (viale Campania, angolo via Apuleja, Milano).

MORMANNO. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

PAESTUM (*Salerno*). — Per titoli. Posto di medico condotto con lo stipendio annuo di L. 7000, suscettibile di quattro aumenti quadriennali del decimo e con l'indennità di cavalcatura di L. 2500. Lo stipendio è soggetto alle trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. Il termine per presentare i documenti scade il 15 ottobre 1933. Richiedere chiarimenti e bando di concorso al Municipio di Capaccio (Salerno).

PAVIA. *Ospedale di S. Matteo ed Annessi Istituti*. — Ispettore Sanitario presso l'Ospedale Policlinico di S. Matteo; titoli ed eventualm. esami; L. 15.000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; camera, poi alloggio completo. Scad. ore 17 del 30 sett. Età lim. 35 a.; 2 anni di funzioni identiche od analoghe in Ospedali od Istituti similari di almeno 400 letti; tassa L. 50; doc. poster. al 15 lug. Chied. annunzio.

PENNABILLI (*Pesaro*). — Scad. 28 sett.; consorzio; per Molino di Bascio; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., alloggio, L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

PERDASDEFOGU (*Nuoro*). — Per titoli. Posto di medico condotto. Stipendio iniziale L. 9000. Indennità di Uff. Sanitario L. 500 al lordo della ritenuta del 12 % e di tutte le altre di legge. Indennità gestione armadio farmaceutico L. 1056 e L. 739,20 di caro viveri, finchè sarà mantenuto, se ammogliato; queste ultime indennità, al lordo solo di R. M. e Complementare. Cinque aumenti quadriennali del decimo dello stipendio iniziale. Le domande in carta da bollo da L. 3, insieme ai prescritti documenti l'elenco dei quali con le rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Perdasdefogu, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 31 ottobre 1933-XII.

RENDE. — Uff. San., L. 4500. (V. COSENZA).

ROGIANO GRAVINA. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti*. — Sono riaperti i termini per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per assistenti medico-chirurghi e sono elevati da 20 a 40 i posti per il concorso stesso; i limiti di età sono portati da 30 a 34 anni. Chiedere annunzio. Scad. ore 16 del 20 ottobre 1933.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato)*. — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di riparto: Lecce I (Bari); Borgoforte, Forlì, Quarantoli, Villafranca di Verona (Bologna); Pabillonis, Villasor (Cagliari); Mirabella-Imbaccari (Catania); Arezzo I, Castelnuovo di Garfagnana, Lucca I, S. Piero a Ponti, Siena I, Siena II (Firenze); Morra Irpino (Foggia); Albissola, Ovada I, Spotorno, Ventimiglia II (Genova); Besozzo, Broni (Milano); Riardo, Salerno IV, Torre del Greco (Napoli); Acquaviva C, Campobello I, Palazzo Adriano, Palma Montechiaro (Palermo); Piombino (Pisa); Sapri (Reggio Calabria); Ceccano II, Labico (Roma); Francavilla Fonatana II (Taranto); Barge, Cavagnolo, Collegno, Trecate II (Torino); Aviano, Maino, Maniago, Pinzano (Venezia). Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 settembre 1933.

SACROFANO (*Roma*). — Scad. 30 ott.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 oltre i 1000 pov., c.-v. L. 2112, uff. san. L. 804; arm. farm. L. 1672; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

S. DEMETRIO CORONE. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

S. PIETRO IN GUARANO. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

S. POSSIDONIO (*Modena*). — Scad. 30 sett.; L. 8500 e 10 bienni ventes., L. 600-2500 trasp., altre indenn.; addizionale; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

TERRANOVA DI SIBARI. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

UDINE. *Ospedale Civile*. — Scad. 30 sett., ore 10; direttore sanitario; titoli ed esami; età lim. 45 a. al 20 ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; tassa L. 50,10 al Tesoriere; stip. L. 25.000 e 5 bienni decimo, oltre L. 6000 serv. attivo, alloggio ecc.; è inibito il libero esercizio; biennio di prova. Chiedere annunzio.

VERBICARO. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

VICENZA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di Coadiutore della Sezione Batteriologica e Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e di Profilassi. Al posto è assegnato lo stipendio annuo di L. 15.000 elevabile a L. 22.500 per gli aumenti periodici; l'indennità di servizio attivo di annue L. 2000; l'indennità di caro-viveri alle condizioni e nella misura in vigore per il personale della Provincia, con la compartecipazione negli introiti provenienti dalle ricerche ed analisi. Detti assegni sono al lordo della riduzione del 12 per cento e delle altre trattenute di legge. Documenti di rito e titoli di cui al R. D. 16 gennaio 1927, n. 155. Età non superiore anni 35 s. e. l. Scadenza ore dodici del 20 ottobre 1933-XI. Tassa concorso L. 50. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale.

VILLAR PELLICE (*Torino*). — Scad. 15 ott., ore 12; con Bobbio Pellice; L. 9000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 920 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Posti di perfezionamento del lascito « Dott. Ernesto Parona ». — Sono posti a concorso due posti: uno per la clinica chirurgica, l'altro per la patologia medica; assegni rispettivamente di lire 2500 e di L. 1400. Rivolgersi alla Segreteria della R. Università di Pavia. Scad. 30 novembre.

In uno dei prossimi numeri pubblicheremo:

OSTEOMIELITE CRONICA SEMPLICE DELLA MANDIBOLA CON DENTE INCLUSO AGGRAVATA DA ESTRAZIONE DEL 8° MOLARE SUPERIORE

Lezione clinica del prof. GINO BAGGIO

Direttore della R. Clinica Chirurgica dell'Università di Cagliari

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

S. E. il Presidente del C.O.N.I., che ha recentemente nominato presidente della Federazione italiana medici degli sportivi il prof. Ugo Cassinis, già commissario della Federazione stessa, ha ora ratificato le seguenti nuove nomine in seno alla F.I.M.S.: vice-presidente, dott. Ugo Bani (Roma); segretario, dott. Orazio Ciacchi (Roma); membri del Comitato di Presidenza: dott. Giuseppe Poggi-Longostrevi (Milano) e dott. Angelo Viziano (Torino); membri del Comitato di consulenza: prof. sen. Giacinto Viola, clinico medico di Bologna, on. prof. Eugenio Morelli, segretario Sindacato nazionale dei medici, prof. Aristide Busi, preside della Facoltà medica di Roma, prof. Arcangelo Ilvento, vice direttore generale della Sanità pubblica.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Tobia Emanuele De Filippis in batteriologia e immunologia; Giuseppe Lazzaro in patologia medica; Giuseppe Bertel in radiologia medica e terapia.

La « National Tuberculosis Association » degli Stati Uniti, adunatasi a Toronto (Canadà), ha assegnato la medaglia Trudeau al dott. L. Brown.

Il dott. Karl Heusch, della Clinica urologica dell'Università di Berlino, è nominato medico capo (primario) del servizio d'urologia dell'Ospedale « Rudolf Virchow's Krankenhaus ».

Il dott. Albert Jentzer è chiamato alla cattedra di Clinica chirurgica dell'Università di Ginevra; succede al prof. Kummer.

NOTIZIE DIVERSE.

Conferenza internazionale sul reumatismo.

La città e la Società medica di Aix-les-Bains organizzano una Conferenza scientifica internazionale sul reumatismo dal 28 giugno al 1° luglio 1934, in occasione dell'inaugurazione delle nuove Terme, costruite dallo Stato francese. La conferenza è posta sotto il patronato della Lega francese contro il reumatismo e discuterà un solo tema: il reumatismo cronico progressivo generalizzato. Sarà presieduta dal prof. Bezançon; segretario generale ne sarà il dott. M.-P. Weil; per informazioni rivolgersi al tesoriere, dott. Dusmel, Aix-les-Bains. È indipendente dal Congresso internazionale sul reumatismo indetto a Mosca pure pel 1934.

Scuola medica ospedaliera di Napoli.

Dal 5 novembre al 13 dicembre avrà luogo, nella Scuola medica dell'Ospedale Incurabili, un corso di perfezionamento in medicina, chirurgia e specialità. Le domande, in carta semplice, dovranno essere indirizzate al presidente prof. Gabriele Tedeschi non più tardi del 15 ottobre e consegnate all'Ispettore degli Incurabili sig. Giuseppe Renzi, dal quale potranno essere fornite notizie riguardanti il regolamento della Scuola.

A coloro che avranno seguito con assiduità le lezioni e le esercitazioni pratiche si rilascerà un regolare certificato.

Corso di perfezionamento sul diabete.

Un corso sul diabete mellito è stato organizzato presso la Facoltà medica di Parigi sotto la direzione del prof. F. Rathery, dal 16 al 28 ottobre; tassa d'iscrizione 250 franchi. Chiedere il programma alla Segreteria della Facoltà, rue de l'École de Médecine, Paris VIe; oppure alla A. D. R. M., stesso indirizzo.

Corsi di puericultura prenatale e postnatale per medici e levatrici.

La Presidenza dell'O. N. per la protezione della M. ed I. ha disposto che le Federazioni Provinciali O.N.M.I. delle città sedi di Istituti universitari e di Scuole di ostetricia da essi dipendenti, organizzino, possibilmente anche nel periodo estivo-autunnale del corrente anno, d'accordo con i direttori delle RR. Cliniche pediatriche ed ostetriche e di dette Scuole di ostetricia (i quali dovranno all'uopo richiedere il nulla osta dei Magnifici Rettori), corsi integrativi di puericultura prenatale e post-natale per medici e per levatrici, al fine di dare una sufficiente preparazione che metta in grado di apportare una efficace collaborazione ai compiti assistenziali assegnati all'Opera Nazionale M. e I.

Solo la tassa di iscrizione dovrà essere versata in primo tempo, mentre la tassa di esami e diploma dovrà essere versata quando, in base alla regolare frequenza alle lezioni ed alle esercitazioni pratiche, gli iscritti abbiano meritato di essere ammessi agli esami.

Sono istituiti premi da assegnarsi ai medici e alle levatrici che riporteranno le migliori classificazioni alle prove di esame.

Consorzio Universitario di Siena.

A Siena è stato istituito fra la Provincia, il Comune, il Monte dei Paschi ed il Consiglio provinciale dell'economia corporativa un Consorzio

universitario che ha sede presso la R. Università. Possono partecipare al Consorzio altre Provincie, Comuni, Enti, Associazioni, Istituti di credito e privati cittadini, anche quando ciascun partecipante intenda destinare i propri contributi a scopi precisi e determinati.

Il Consorzio si prefigge i seguenti scopi: *a*) sussidiare gl'istituti, i laboratori e le biblioteche delle varie Facoltà e Scuole, per acquisto di collezioni, strumenti, apparecchi, libri ed ogni altro materiale scientifico di natura conservabile e destinato preferibilmente a costituire ed aumentare il patrimonio del Consorzio; *b*) istituire o sussidiare insegnamenti di riconosciuta importanza; *c*) promuovere o sussidiare iniziative dirette al migliore svolgimento della vita universitaria, anche nel campo pratico-sociale.

Il Consorzio è stato eretto in Ente morale.

Pel nuovo Ospedale di Milano.

Il Capo del Governo on. Mussolini ha ricevuto il presidente del Consiglio di amministrazione dell'Ospedale di Milano, Della Porta, il prof. dott. Ambrogio Binda e l'ingegnere progettista Marcovigi, i quali gli hanno riferito sullo sviluppo dei lavori di costruzione del nuovo grande Ospedale di Milano, capace di 1500 letti. Gli operai adibiti al lavoro sono ora 500, numero che andrà notevolmente aumentando nell'anno prossimo coll'appalto del resto delle costruzioni. L'Ospedale sarà finito entro il 1936 e sarà uno dei più grandi e forse il più grande ospedale-giardino d'Europa. Il Capo del Governo ha espresso il suo vivo elogio.

Un preventorio a Pescara.

Un « Preventorium » sorgerà a Montesilvano, nei pressi di S. Filomena, su di una magnifica area, che supera 10.000 metri quadrati, donata al Consorzio provinciale dal Comune di Montesilvano.

Il progetto è stato redatto dall'ing. Nicola Volpe. Il preventorio potrà accogliere subito 300 bambini e arrivare a 500.

Fondazione inglese per lo studio dell'asma.

In Inghilterra è stato costituito un « Asthma Research Council », con fondi forniti da asmatici, affinchè si approfondisca lo studio della malattia, per addivenire a cure efficaci.

La Fondazione ha creato dei centri di studio negli ospedali Guy e St. Mary e nell'Ospedale pediatrico di Londra; questi centri sono attrezzati con tutti i mezzi tecnici moderni. Notevoli studi sono già stati compiuti sulla proteina eliminata con l'urina dagli asmatici durante gli accessi e sull'impiego di essa per la desensibilizzazione; sull'iposecrezione gastrica degli asmatici e sui mezzi per combatterla; sul compito dell'istamina nello scatenare gli accessi; ecc. Notizie al riguardo si trovano in « Schweizer. Med. Woch. » (18 lug. 1933).

Fondazione Venizelos ad Atene.

La moglie del grande uomo politico greco ha generosamente offerto in dono alla città di Atene un'istituzione che riunisce, in unico edificio, modernissimo di costruzione e d'impianti, una Maternità, un Servizio ginecologico ed una Scuola per levatrici. Il fabbricato consta di tre piani. Notevoli sono i laboratori di batteriologia, di chimica biologica e di anatomia patologica. All'altezza del terzo piano una grande galleria ad arcate corre intorno a tutto il fabbricato. All'istituto è annesso un ampio giardino.

Esuberanza di istituzioni assistenziali a New York.

Negli Stati Uniti si susseguono lasciti ed elargizioni — di entità e in grande numero — per ospedali ed altre istituzioni assistenziali: si è giunti ad un limite di saturazione. Si calcola che nel 1932 si avevano a disposizione 9 letti gratuiti ogni 1000 abitanti: molto più del bisogno. Anche per le Case di salute private la proporzione era alta e le cure erano molto facilitate. I dispensari gratuiti o quasi nel 1931 furono frequentati dal 26 % della popolazione: perciò lasciavano poca clientela privata. Intanto il numero dei medici nella città cresce: nel 1930 erano 12.176; nel 1932 erano saliti a 12.775. La situazione di questi professionisti è divenuta difficile; gli enti corporativi studiano mezzi idonei a fronteggiarla.

Difficoltà della professione medica in Inghilterra.

In certe zone industriali dell'Inghilterra la disoccupazione ha raggiunto l'80 % degli abitanti. È probabile che questa gravissima situazione non si emenderà presto. In dette zone vigeva il mutualismo assicurativo, obbligatorio per gli operai, libero per le famiglie; una somma corrispondente a poche lire settimanali assicurava i sussidi di malattia ed un'assistenza sanitaria più o meno completa. Ora gli operai e le loro famiglie devono provvedersi di medico direttamente; ma non possono compensarlo, perchè i sussidi di disoccupazione sono inadeguati. Se i medici rifiutano, corrono il rischio di essere sostituiti definitivamente da colleghi più generosi. Così molti medici lavorano per nulla, vivendo sulle economie realizzate in passato o dibattendosi tra difficoltà che non avrebbero mai previsto.

Riduzione di studenti universitari in Germania.

Il numero degli studenti iscritti nelle scuole superiori della Germania si è ridotto durante gli ultimi anni: nel semestre estivo del 1932 le immatricolazioni sono state 18.767 (contro 21.525 nel semestre corrispondente del 1918); tra i nuovi iscritti figurano 15.259 maschi (contro 17.969 nel 1928), e 3508 femmine, contro 3559 nel 1928 (erano aumentate a 4664 nel semestre estivo del 1931).

Rispetto al 1931 la riduzione è di 13,8 %.

Evidentemente le carriere liberali attraggono meno: si preferisce fare gli operai, gli artigiani o gl'impiegati.

Riorganizzazione dell'insegnamento superiore in Prussia.

Il ministro della scienza, dell'arte e della pubblica istruzione in Prussia ha stabilito che i compensi agli insegnanti degli istituti superiori devono essere adeguati tra loro (nell'insieme questa revisione si risolve in una diminuzione) e che il ministro potrà, per alcuni mesi ed in un certo numero di casi, coprire i posti vacanti, senza sentire le Facoltà, fin'ora queste proponevano una lista di pochi nomi, ed il ministro si limitava a scegliere tra i designati).

Agitazioni di studenti medici in Francia.

La campagna condotta in Francia dai sindacati medici contro la pletora professionale aveva trovato una risonanza nel Consiglio superiore della

Pubblica Istruzione, il quale aveva proposto un nuovo esame selettivo alla fine del secondo anno: esame scritto di anatomia e fisiologia. Il ministro accedette alla proposta e 18 mesi or sono stabilì il nuovo esame. Se non che, ora gli studenti rifiutano di sottoporvisi; affermano che la misura non può riguardare gli studenti che già erano iscritti, i quali avrebbero dovuto essere avvisati prima dell'iscrizione e non a due mesi dall'esame: ora essi verrebbero a trovarsi in condizioni impreviste e, se dovessero venire scartati, sarebbero disorientati ed incontrerebbero difficoltà nel cominciare una nuova carriera. Le loro proteste non sono state accolte; ma essi non si sono presentati agli esami: questo sciopero è cominciato a Parigi e poi si è esteso a Montpellier, Nancy, Strasburgo e alle altre università. Il ministro non ha ceduto; d'onde interpellanze e discussioni al Parlamento e nella stampa. Finalmente il ministro ha concesso di rimandare l'esame al prossimo ottobre, ma l'eccitazione degli studenti continua e mette il ministro in imbarazzo. Gli studenti affermano che la misura ha lo scopo di portare la durata del corso da 5 anni (come è attualmente in Francia) a 6 anni e sostengono che essa è illegale.

Nella stampa medica.

Il « New England Journal of Medicine » ha dedicato il numero del 13 luglio al prof. Robert B. Osgwood, che insegnò a lungo chirurgia ortopedica nella Scuola medica dell'Università Harvard in Boston e che diresse il servizio di ortopedia all'Ospedale Infantile di Boston; egli è andato a riposo nel 1931.

Disciplina della pubblicità medica in Prussia.

Il ministro dell'interno della Prussia ha emanato un'ordinanza che vieta la pubblicità diretta al grande pubblico, qualora riguardi rimedi, apparecchi, strumenti e metodi destinati alla cura od alla prevenzione delle malattie, qualora non sia consentito il loro impiego se non dietro prescrizione medica, o possano derivarne danni, o la pubblicità prometta più del loro valore effettivo, od essa abbia carattere ciarlatanesco. La misura colpisce moltissime specialità medicinali e molta parte della propaganda fatta per mezzo dei giornali quotidiani o dell'invio di circolari e di opuscoli.

Per prevenire la tubercolosi nei seminari e nelle comunità religiose.

Sono in corso provvedimenti per impedire la diffusione della tubercolosi sia nei seminari che nei conventi. Alla prossima riapertura dei seminari sarà disposto che, come già avviene in qualche località specialmente della Toscana, tutti i seminaristi siano sottoposti ad una rigorosa visita medica per stabilire lo stato della loro salute e la forza di resistenza che ciascuno presenta alla tubercolosi.

È nel proposito dell'Autorità ecclesiastica di far compilare una speciale cartella clinica personale di tutti i futuri sacerdoti, in cui saranno segnati tutti i fatti morbosi degni di rilievo che possono consigliare di volta in volta provvedimenti tempestivi. Questo sistema sarà adottato a poco a poco anche in tutte le comunità religiose, con particolare riguardo alle persone che stanno per fare i voti. Già a Pistoia, per disinteressata iniziativa del primario radiologo dell'ospedale dott. Mario Romagnoli, si sta procedendo nei conventi ad un esame radiologico sistematico delle probande, con risultati notevoli.

Azioni giudiziarie.

Un chirurgo francese, dott. Stanley, aveva curato una cliente, sig.na Otte, per fratture multiple del radio. Dopo riduzione, aveva applicato un apparecchio gessato; in secondo tempo aveva fatto eseguire una serie di massaggi, che erano stati molto dolorosi; infine stimò necessaria una radiografia di controllo, che dimostrò come i frammenti si fossero consolidati fuori di posto. Un secondo intervento venne praticato dal dott. Sorrel; ma persistette una riduzione di funzionalità dell'avambraccio, valutata del 12-15 %.

Da ciò un'azione giudiziaria, durata otto anni, cioè dal 1926 al 1933; crediamo che sia un *record!* Il giudizio definitivo, pronunziato dalla 1ª Camera della Corte d'Appello di Parigi, non ha concesso al dott. Stanley un supplemento d'onorari da lui richiesto in 1500 franchi; anzi lo ha condannato ad 8000 franchi d'indennizzo da corrispondere alla Otte, oltre alle spese del processo di prima istanza e di appello. In conformità alle conclusioni periziali del prof. Kuss, ha ammesso che lo Stanley errò a non far compiere una radiografia tempestiva ed a far eseguire dei massaggi superflui e dolorosi, ma che il ritardo del secondo intervento chirurgico non è stato di danno.

Un po' dovunque.

Nel mese di ottobre si terranno a Parigi i seguenti congressi: dal 5 a 17, VIII di ginecologia e ostetr. (segreteria generale: avenue Ségur 13, Paris VII; dr. P. Lantuéjoul); il giorno 9, XXXIII di urologia (avenue Villars 13); 9-14, XLII di chirurgia (rue de Seine 12); 12-13, di anatomia (rue de l'Ecole de Médecine 21, Dr. Huguenin); 12-14, di elettro-radiologia (boulev. Rochechouard 9-bis; Dr. Darieux); 23-25, I di terapia (place de l'Odéon 8, VI, G. Doin); 23-25, I internaz. d'igiene (rue Dutot 28, XV, Dr. Dufaure); il 13 ottobre avrà luogo a Bordeaux il XV Congresso franc. di ortopedia (Faculté de Médecine, prof. Rocher).

La Società Napoletana di chirurgia si è adunata il 6 e il 27 luglio, sotto la presidenza del prof. L. Torraca, assistito dal segretario prof. F. Buonomo La Rossa. Furono fatte comunicazioni da: D. Rossi, L. Torraca, R. Palma, P. del Torto, E. Rebustello (nella prima di queste sedute) e da C. Guarini, L. Torraca, L. Caforio, G. Greco, E. Rebustello (nella seconda).

Si è tenuto a Stoccolma il 15° Congresso dei chirurghi del nord, sotto la presidenza del prof. Einar Key (Svezia) e del dott. Ibsen (Danimarca); vi hanno partecipato 300 congressisti.

Nella seconda quindicina di giugno si è svolto a Porto Alegre il secondo Congresso medico sindacalista brasiliano.

Dal 10 al 16 settembre si tiene a Carlsbad un Corso medico internazionale (14° della serie).

Si è inaugurato a Milano il grandioso Istituto medico-chirurgico « XXVIII Ottobre », Casa di cura per i tranvieri, aperto per iniziativa della Cassa di Soccorso per ammalati dell'Azienda Tranviaria Municipale al viale Campania, su progetto dell'ing. Casalis.

Col 1° luglio la Scuola statale di Medicina Tropicale del Belgio si è trasferita da Forest-Bruxelles ad Anversa (rue Nationale 153) ed ha assunto il nome di: « Istituto di medicina tropicale Principe Leopoldo ». La segreteria della Società Belga di me-

dicina tropicale ha seguito la Scuola ad Anversa; ma le riunioni della Società si terranno, come pel passato, a Bruxelles, nei locali della « Fondation Universitaire » (rue d'Egmont 11).

L'Università di Greifswald (Germania) è stata intitolata a Ernst Moritz Arndt.

Con l'intervento di molte personalità politiche si è inaugurata a Rio de Janeiro la nuova sede del Sindacato Medico Brasiliano (nella avenida Rio de Branco). In tale occasione venne insediato il Consiglio di disciplina e deontologia medica e si conferirono i diplomi di benemerenza (di « legionari costruttori ») della Casa del Medico.

L'associazione della stampa medica tedesca ha costituito il nuovo ufficio; è nominato presidente il dott. Haedenkamp di Berlino; vice-presidente il dott. Salle, pure di Berlino.

Una nuova legge in Germania stabilisce che le specialità medicinali possono essere vendute soltanto dai farmacisti.

Il Governo della Turingia ha creato un servizio di Stato per l'igiene della razza; è nominato presidente il dott. Astel, di Monaco.

La Società di chirurgia di Varsavia ha indirizzato un appello al servizio ospedaliero della città e alla direzione di sanità pubblica, affinchè venga organizzato un servizio speciale per la trasfusione del sangue.

È morta a Cauquenes, nel Cile, la signora Nicolassa Riquelme vedova Garrido, la quale avrebbe contato 140 anni.

In un ospedale psichiatrico inglese, a Upton, è stata fatta l'autopsia di un contadino nel cui stomaco furono trovati 497 oggetti varî, tra cui 3 forchette da tavola, 6 cucchiaini da tè, 3 chiavi, 3 temperini, 6 paia di fermagli, 10 spille di sicurezza, 9 viti, 43 punte da fonografo, 200 chiodi lunghi fino a una dozzina di cm., ecc. La morte fu prodotta da ulcerazione dello stomaco ed emorragia interna consecutiva.

A Tolone la Società nudista « I fauni e le ninfe », di cui fanno parte varî medici, ha percorso le vie cittadine in costumi semi-adamitici; il corteo è stato aggredito a bastonate dagli abitanti.

Sulla spiaggia di Ars-en-Ré (Rochefort) la gendarmeria ha tratto in arresto due giovani che giocavano al pallone completamente nudi; hanno dichiarato di essere medici parigini fautori del nudismo.

A Mans (dipartim. della Sarthe, in Francia) gl'iscritti alla locale mutua dei cappellai sono stati gradatamente assorbiti dallo sviluppo della grande industria; infine si sono ridotti ad un solo, che è insieme presidente, consigliere, socio e segretario; negli ultimi bilanci figura la sola spesa del medico.

È deceduto il prof. GIUSEPPE MORESCO, il quale fino a pochi giorni prima era stato direttore degli Ospedali Duchessa di Galliera a Genova. Diede impulso ai servizi ospedalieri e si rese benemerito per opere caritatevoli.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Riv. di Pahl. e Cl. d. Tubere, 30 giu. — F. GIUFFRIDA. Pneumoconiosi da zolfo. — R. SANTI. Endodermoreazioni regionali nella tbc.

Sperimentale, II. — N. CASSUTO. Il fenomeno di Sanarelli-Schwartzmann. — F. STEFANI. Epitelio sercernente del rene.

Presse Méd., 14 giu. — J. BELOT e I. DELHERM. Che cosa valgono i raggi X nelle sindromi basedowiane.

Brux.-Med., 11 giu. — C. BEAUJÉAN. Diagnosi e terapia sclerosante delle emorroidi.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 11 giu. — G. C. VANNUCCI. Metodo di Maurizio Ascoli per la delimitaz. dell'area cardiaca nei tubercolotici polm.

Riv. di Scienze applic. all'Educ. fis. e giovanile, mar. — GAST. e GINO MELDOLESI. La vena azigos nei normali e negli sportivi. — M. CORI. La moderna classificaz. dei tipi umani.

Clin. Med. It., giu. — O. DE-RIN, E. VIALETTO. L'angio-ipotonia costituzionale del Ferrannini. — S. BATTISTINI e A. ROBECCHI. Fosforemia e rapporto calcio:fosforo nelle malattie articol.

Prensa Med. Arg., 24 mag. — R. C. AGUIRRE. Eziologia tbc. dell'eritema nodoso.

Forze San., 31 mag. — C. NICOLOSI. Disturbi consecutivi alla colecistectomia. — P. ROMUALDI. Cura delle artriti purulente.

Paris Méd., 17 giu. — Numero sulla chirurgia osteo-articolare e infantile.

Sang, F. I. SPADOLINI. Nuovi aspetti funzionali del sistema ret.-end. — R. GRRÉGOIRE e al Splenomegalia sclerosa con gastrorragie.

An. Facult. de Med. (Buenos Aires), gen.-feb. — B. A. HUSSAY. Azione diabetogera degli estratti antero-ipofisari. — M. R. CASTEX e E. L. CAPDEHOURAT. La cianosi dei malati bronco-polmonari cronici.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., giu. — R. BENSAUDE e al. L'emosieroterapia e la medicazione da shock nella colite ulcerosa grave. — H. COLOMBRES e al. Composiz. della bile nelle affezioni cron. della cistifellea.

Rev. Méd. Suisse Rom., 10 giu. — C.-J. FINCK. L'equilibrio acido-base nei gottosi. — J.-H. OLTREMARE. La malattia di Kienböck.

Presse Méd., 17 giu. — F. RAMOND e H. DANY. Il fianco destro doloroso.

Arch. Arg. Enf. Apar. Dig. ecc., apr.-mag. — F. RAMOND Y LANPETRE. Influenza dell'aerofagia sulla nutriz. — E. NEGRO VÁZQUEZ. Studi sull'ipofisina.

Bull. Méd., 17 giu. — E. GAUJOUX e J. BRAHIC. Epatonefriti.

Riforma Med., 10 giu. — G. D'ALESSANDRO. Dissociaz. sperimentale della reaz. di Bordet-Wassermann e delle reaz. di flocculaz. in sieri luetici. — S. FAMULARI. Meccanismo di produz. dell'idrotorace d. nei cardiopatici.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., giu. — A. BELL. Colite psicogenica. — T. FAY e H. B. GOTTEN. Segno di Hoffmann. — H. HOPKINS. La sindrome epilettica.

Journ. A. M. A., 10 giu. — J. KULOWSKI e al. Asma cardiale. — G. HARROP. Diagnosi e trattam. del morbo di Addison.

Prensa Méd. Arg., 31 mag. — E. A. BERETERVIDE e E. DELFINO. Reumat. art. ac. e insufficienza mitralica.

Med. Ibera, 1 lug. — M. HOMBRIA IÑIGUEZ. Diagnosi di lebbra coi metodi di laborat. — L. IRLA e J. VEGA. La reaz. di Takata nella tbc. polm.

Radiol. Med., lug. — G. MILESI. Azione biologica delle radiazioni Roentgen. — L. PIGORINI. Il lobo infer. accessorio del polmone.

Presse Méd., 8 lug. —M. POPPER e G. BAILÉANU. Allergia cutanea al filtrato tubercolare.

Rev. de Chir., lug. — X. DELORE e M. BRUN. Il circolo vizioso dopo gastro-enterostomia.

Brit. Med. Journ., 8 lug. — G. W. BRAY. Trattam. delle malattie allergiche nella pratica generale.

Deut. Med. Woch., 7 lug. —SCHNEIDER. Inizio delle psicosi. — KÖHLER. Quando la Kahn può sostituire la Wassermann?

Münch. Med. Woch., 7 lug. — L. ROEMHELD. Trattam. non medicamentoso delle malattie della circolaz. — I. F. Mc. CLENDON. Rapporti tra iodio e gozzo.

Journal A. M. A., 3 giu. — C. B. CHAPMAN. Cirrosi compensata del fegato. — W. FREEMAN e al. Diatermo-terapia della paralisi pr

Brit. Med. Journ., 17 giu. — Numero sulle artriti e forme affini.

Accad. Med., 15 giu. — L. SANTE. Ipersessualizzazione sperimentale.

Folia Med., 30 apr. — A. CHILLÀ. Il sistema neuro-vegetativo nella tbc. polm.

Deut. Med. Woch., 16 giu. — POPPE. Vaccinoterapia del morbo di Bang.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Aprile 1933

Malattie	27-3/2-4		3-9		10-16		17-23		24-30	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	251	1602	246	1849	223	1409	270	1727	268	1801
Scarlattina	124	357	142	403	128	338	125	345	136	369
Varicella	102	350	131	448	106	359	128	418	148	478
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tifo addominale	143	211	117	205	107	190	97	173	120	217
Difterite e Croup	321	545	329	644	257	425	253	461	253	474
Meningite cerebro-spinale	16	19	21	25	10	10	10	15	10	11
Encefalite letargica	3	3	5	6	3	3	2	2	7	7
Poliomielite cutanea ac.	7	7	10	10	6	7	3	3	1	1
Dissenteria	2	3	3	3	1	1	3	3	—	—
Pustola maligna	9	11	14	15	10	11	7	7	9	9

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL   Roma, 18 Settembre 1933 - XI   Num. 38

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. Clinica Medica di Roma diretta dal prof C. FRUGONI
Dott. A. POZZI, ass. effettivo.
R. Clinica Chirurgica di Roma diretta dal prof. R. ALESSANDRI
Dott. P. VALDONI, aiuto e lib. docente.

Su un caso di fibrillazione auricolare complicato da embolia arteriosa ed operato di embolectomia con esito in guarigione (1).

Durante l'anno accademico 1932-33 abbiamo avuto occasione di osservare nella Clinica Medica un caso di embolia arteriosa che, per il brillante risultato della terapia chirurgica, ci sembra degno di nota; la malattia fondamentale, lo sviluppo delle sue complicanze, l'esito dell'intervento sono stati così evidenti ed in sè e nei loro reciproci rapporti che, per questo solo fatto, il caso merita di essere ricordato, onde in collaborazione col collega Valdoni, lo riportiamo qui diffusamente giacchè nella limpida successione dei vari fenomeni morbosi è raccolto e, per così dire, si esaurisce ogni elemento di critica e di discussione.

CASO CLINICO. — Arcib. Luigi, di a. 35. Nulla d'importante nell'anamnesi famigliare. I genitori sono viventi e sani, due fratelli e due sorelle godono buona salute.

Il p., nato da parto eutocico, ebbe allattamento materno. Normali sembra siano stati i primi atti fisiologici; sofferse di scarlattina e di pertosse, ma non ricorda in quale età. A 10 anni ebbe polmonite D. che decorse normalmente. Frequentò le scuole elementari fino all'età di 12 anni, epoca in cui iniziò il mestiere di falegname che esercita tutt'ora. Fin dalla giovinezza il p. andò spesso soggetto a lievi tonsilliti e a manifestazioni di infiammazioni croniche del faringe, forse in rapporto con il fumo. Nega lues e malattie veneree.

Nel 1917, a 19 anni, fu chiamato alle armi e rimase per circa due anni in zona di guerra, godendo sempre buona salute. A 21 anni sofferse di reumatismo articolare acuto, decorso classicamente con impegno saltuario e fugace delle grandi articolazioni e febbri elevate, che cedettero in una diecina di giorni alle cure saliciliche. Quando il p. fu dimesso dall'Ospedale Militare, gli fu concesso il congedo definitivo per « nevrosi cardiaca » (?).

(1) Il dott. Pozzi ha svolto la prima parte del lavoro, il dott. VALDONI la seconda.

Tornato a casa, il p., riprese il suo lavoro di falegname; a 23 anni contrasse matrimonio con donna apparentemente sana, che ebbe due gravidanze a termine: i figli sono viventi e sani.

Qualche mese dopo essere tornato al suo lavoro, il p. cominciò ad accusare dispnea e senso di palpitazione negli sforzi; si trattava tuttavia di fatti transitori che non disturbavano il ritmo normale del suo lavoro.

In tali condizioni il p. è stato fino a 10 giorni prima di entrare in Clinica, allorchè in seguito a leggera forma influenzale, cominciò ad avvertire malessere generale, lieve cefalea, mancanza di appetito, sensazione di peso all'epigastrio; contemporaneamente la sensazione di cardiopalmo si faceva più molesta e la dispnea più marcata.

Il p. non potè seguitare il suo lavoro e fu obbligato a porsi in letto dove però il decubito supino gli era reso impossibile dalla dispnea. Persistendo in queste condizioni, l'infermo entrava in Clinica Medica il 1° maggio u. s.

Es. obiettivo praticato al momento dell'ingresso. Individuo di III costituzione. Condizioni generali discrete. Sensorio integro, psiche normale. Decubito preferibilmente seduto. Scheletro regolare, masse muscolari ben sviluppate, toniche, steniche. Pannicolo adiposo scarso. Cute olivastra, pallida, sollevabile in pliche, elastica. Mucose visibili ben irrorate. Sistema pilifero normalmente sviluppato. Polso aritmico, piccolo, molle con pulsazioni di ampiezza e tensione profondamente diverse l'una dall'altra. Respiro superficiale frequente; temperatura 36°,7.

Capo: nulla di notevole nella conformazione scheletrica e nei muscoli mimici; globi oculari normalmente sporgenti, mobili in tutti i sensi, pupille di ampiezza normali ed uguali in O.O. Reazione alla luce ed all'accomodazione presenti. Dentatura sana, non orletti gengivali. Lingua umida, detersa. Faringe normale. Tonsille polpose protrudenti dai pilastri, specie la sin., non arrossate. Lieve cianosi delle labbra.

Collo di forma e volume normali. Nulla di notevole a carico della tiroide e dei vasi del collo. Non linfoghiandole cervicali.

Torace maggiormente espanso in senso anteroposteriore e transversale che in senso longitudinale. Fosse sopra e sotto-claveari evidenti, sopra e sottospinose ripiene. Angolo costo-xifoideo retto. Non deviazioni della colonna vertebrale. Spazi intercostali visibili come di norma. I due emitoraci sono poco mobili con gli atti respiratori. Normale l'elasticità toracica. Non punti dolenti. Fremito vocale tattile lievemente smorzato alla base di D. Apici alla stessa altezza a livello della prominente; base d. alla 10ª costa sull'angolo scapolare, base s. alla 11ª costa, entrambi poco mobili con gli atti respiratori. All'ascoltazione murmure vescicolare normale su tutto l'ambito, alle due basi si ascoltano numerosi rantoli di cui alcuni a piccole bolle, altri fini crepitanti e subcrepitanti.

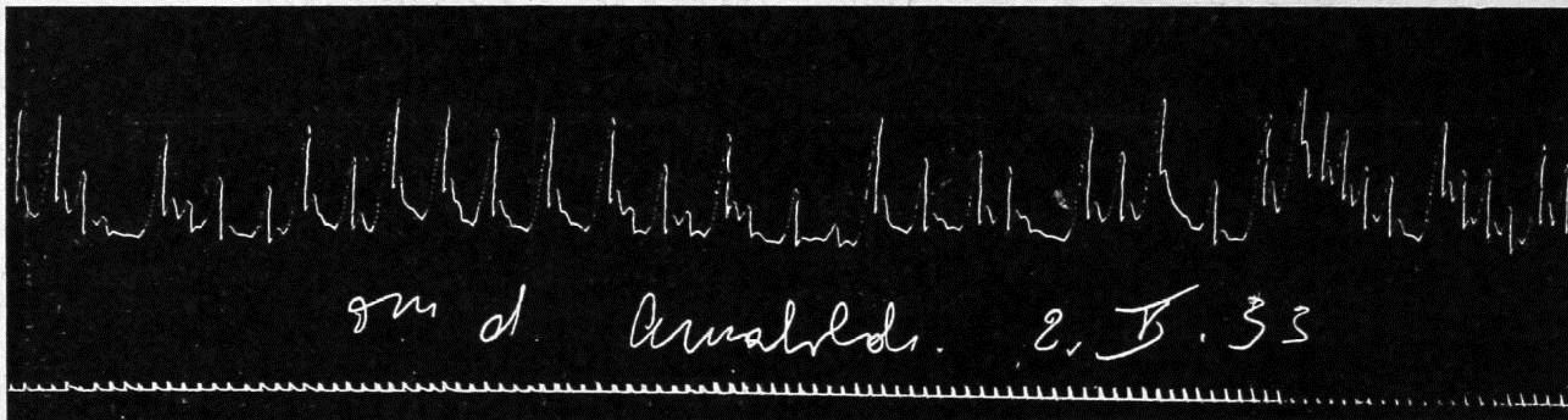


FIG. 1.

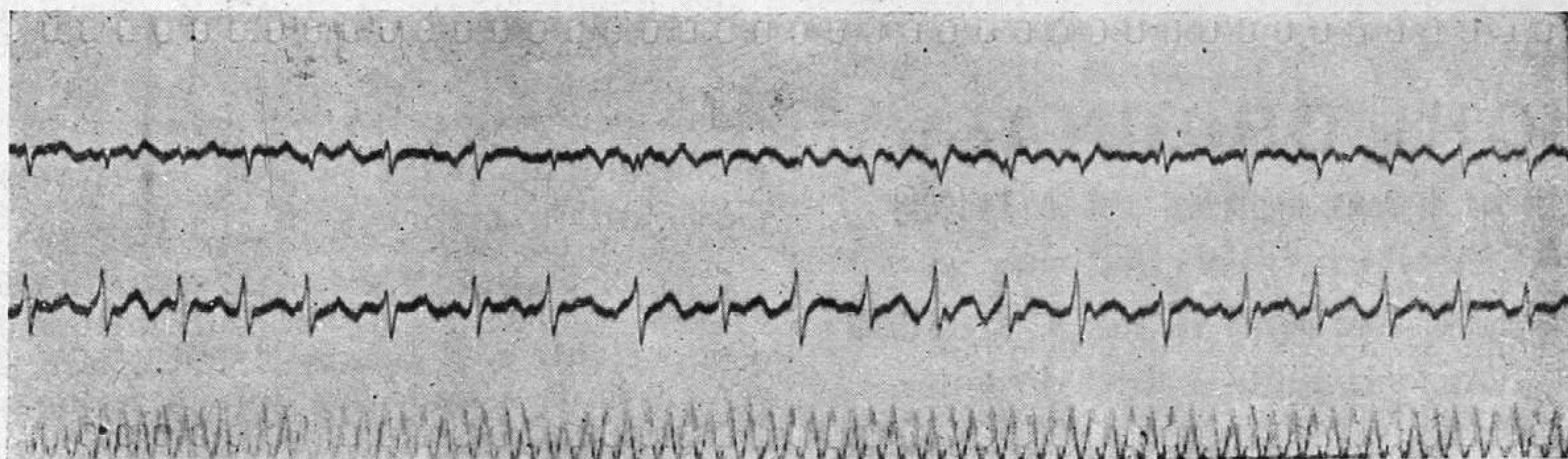


FIG. 2.

App. cardio-vascolare. Non bozza precordiale, itto della punta non visibile, nè palpabile, solo si percepisce la trasmissione dei toni concitati, irregolarmente susseguentisi. Non si apprezzano fremiti. Con la percussione la punta si delimita al V spazio all'esterno dell'emiclaveare, il margine superiore incrocia la III costola, il margine destro deborda dalla margino-sternale di circa 1 cm. Angolo epato-cardiaco retto.

All'ascoltazione i toni si susseguono irregolarmente concitati: il 1° tono appare lievemente rinforzato alla punta, ma non si riesce ad apprezzare rumori particolari.

Addome pianeggiante, con cicatrice ombellicale avvallata, non reticolo venoso visibile, trattabile, indolente. Fegato in alto margine sup. VI costa emiclaveare, in basso si palpa al dito dell'arcata costale, di consistenza normale, liscio, un po' do-

lente. Milza in alto 7° spazio intercostale, in basso non si palpa.

Sistema linfoghiandolare indenne. Arti: statica e dinamica normali.

Riflessi tendinei e periostei normali.



Fig. 3.

Esame urine: p. s. 1024, alb. ass., gluc. ass., urobilina ass., pig. biliari assenti. Sed. numerosi cristalli di acido urico, cristalli di carbonato, cellule di epitelio piatto.

Degenza: Il p. venne sottoposto dapprima ad una digitalizzazione progressiva, con piccole dosi per os (rispettivamente gr. 0,30-0,40-0,50 al dì); al quarto giorno (4 maggio) si iniziò la somministrazione della chinidina (ctg. 20): quello stesso giorno il p. avvertì un insolito senso di freddo agli arti inferiori, specialmente alla gamba sinistra. Il 5 maggio si somministrarono ctg. 40 di chinidina. Il 6 maggio ctg. 60, il polso manteneva immutati i caratteri dell'aritmia completa, e l'infermo non accusava alcun disturbo.

Il 7 maggio all'alba, il p. venne colto improvvisamente da un violentissimo dolore al terzo inferiore della gamba sinistra: l'arto perse di colpo la sua capacità funzionale, residuando solo una mobilità appena apprezzabile delle dita; la cute si fece rapidamente pallida e fredda; si palpava distintamente l'art. femorale pulsante come di norma nel triangolo di Scarpa, mentre la pedidia non pulsava in modo percepibile.

V'era ipoestesia diffusa dal ginocchio in giù: la palpazione delle masse muscolari destava vivo dolore e dava la sensazione di un aumento del tono.

La diagnosi più ovvia era quella di un processo embolico arterioso determinante, a giudicare dall'impotenza funzionale, un'occlusione vasale completa: la necessità di intervenire d'urgenza, non ci permise di praticare quelle ricerche che si usano più o meno abitualmente per localizzare la sede dell'embolo (prova di Aldrich Mac Clure, prova dell'acetilcolina, misura della temperatura cutanea, capillaroscopia, arteriografia); alcune di esse furono tuttavia poi eseguite nella Clinica chirurgica.

Avemmo solo tempo di praticare l'oscillometria dell'arto colpito osservando così che l'indice di oscillazione era praticamente annullato. In queste condizioni l'infermo fu trasportato in Clinica chirurgica, dove la cordiale, pronta ed intelli-

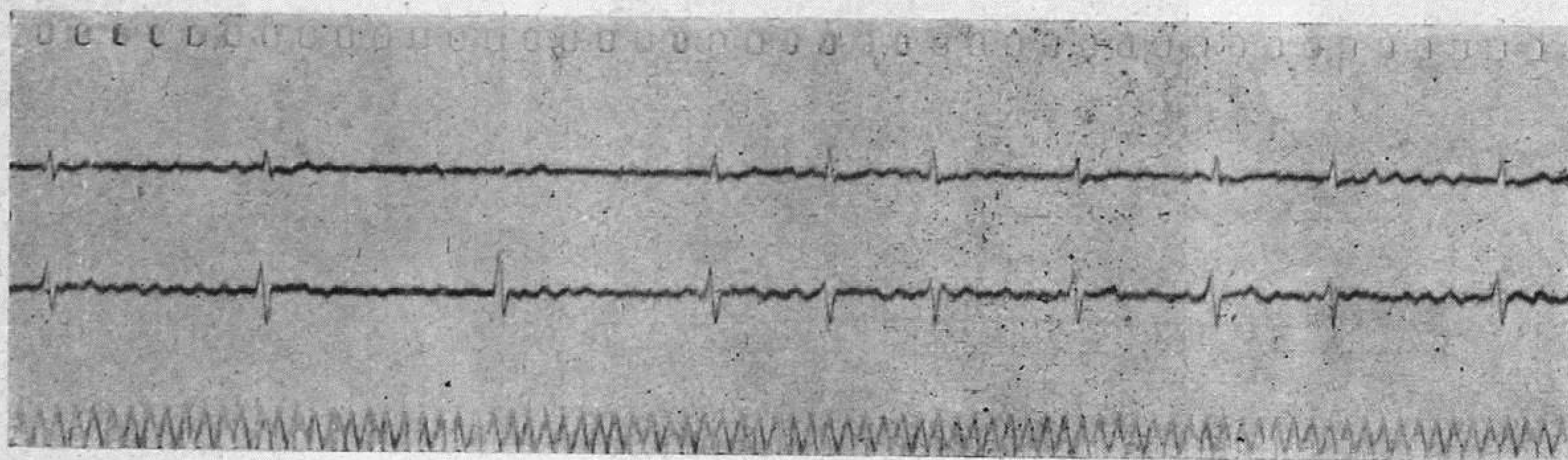


Fig. 4.

Esame del sangue: Hb. 97, glob. rossi 4.975.000, gl. bianchi 9600, V. G. 0,97.

Formula leucocitaria: Neutrof. 67, eos. 1, monoc. 6, linf. 23, metamielociti neutrofili 2. Nulla a carico della serie rossa.

Pressione arteriosa Riva Rocci Mx. 110, Mn. 90; Reaz. Wassermann negativa.

Esame radiologico del torace: Immagine cardiaca ingrandita 2ª e 3ª curva sopra una stessa linea, con leggera maggiore convessità della 2ª. Punta piuttosto acuta, poco rialzata. Disegno polmonare molto accentuato. Ili ampi ed opacati.

L'esame sfigmografico (fig. 1) ed elettrocardiografico (fig. 2) confermavano la presenza di un'aritmia completa di fibrillazione auricolare.

gente collaborazione del collega chirurgo, ha così validamente contribuito al buon esito della cura.

Il malato entra in Clinica chirurgica alle ore 11,30 del 7 maggio. Obiettivamente si nota che l'arto inferiore sinistro fino al disopra della rotula è pallido, leggermente cianotico. Il p. tiene la coscia leggermente flessa ed abdotta, il ginocchio flesso. Vi è impotenza funzionale completa della gamba, sono possibili solo movimenti delle dita che riescono dolorosi. La palpazione superficiale dimostra uno stato di ipoestesia cutanea, le masse muscolari invece sono dolentissime, di consistenza aumentata.

Si apprezza bene la pulsazione della femorale

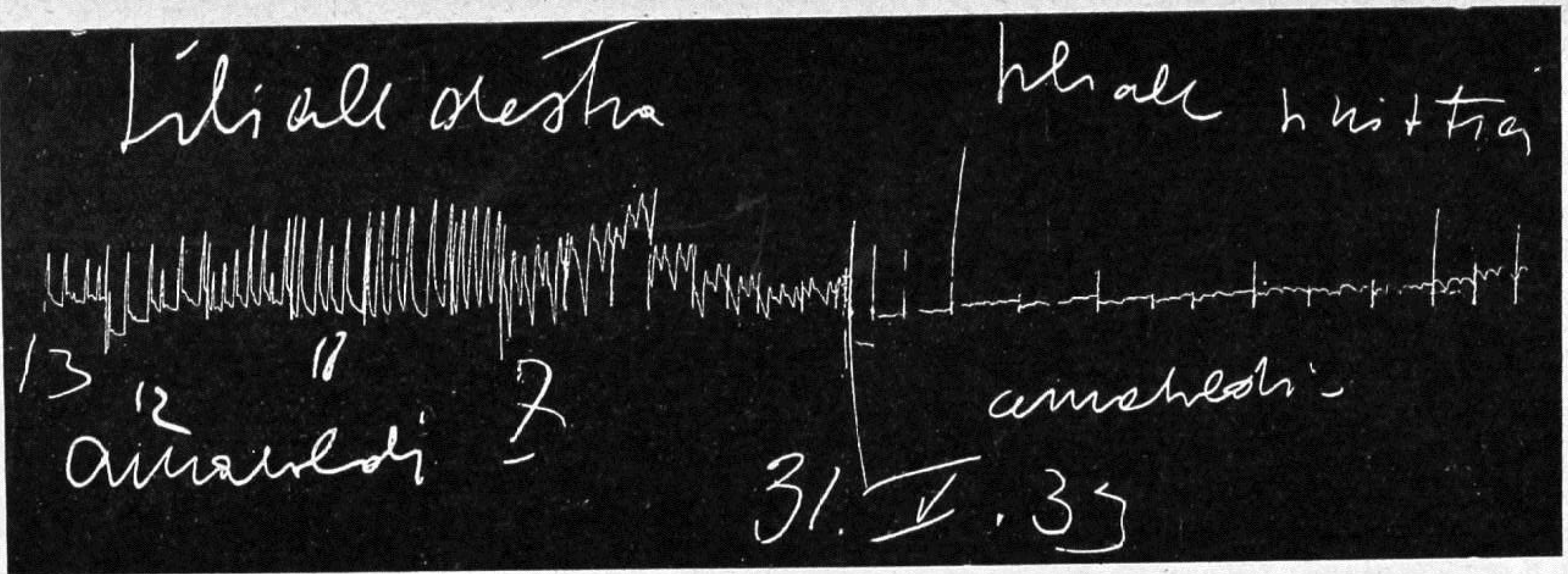


FIG. 5.

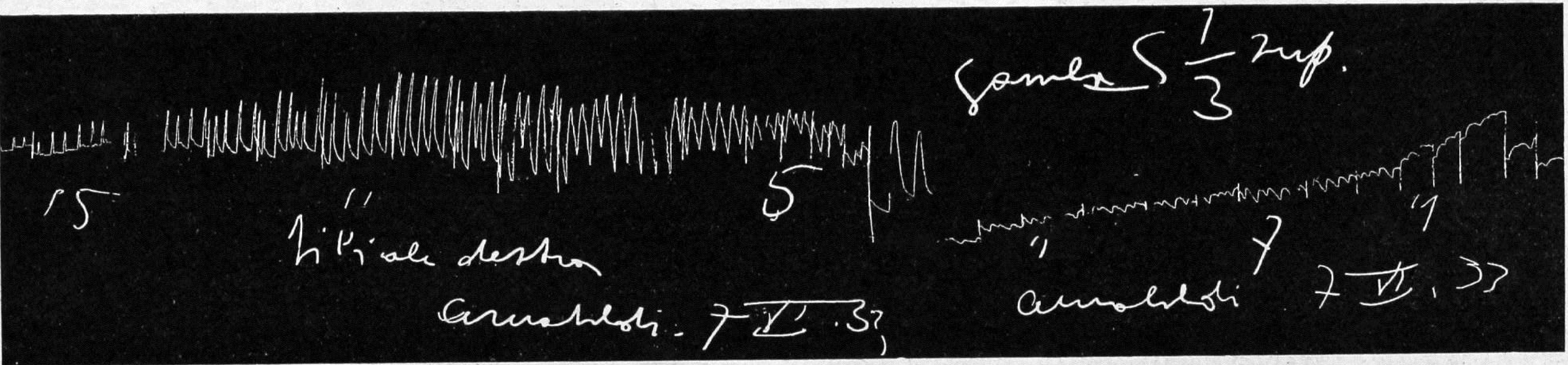


FIG. 6.

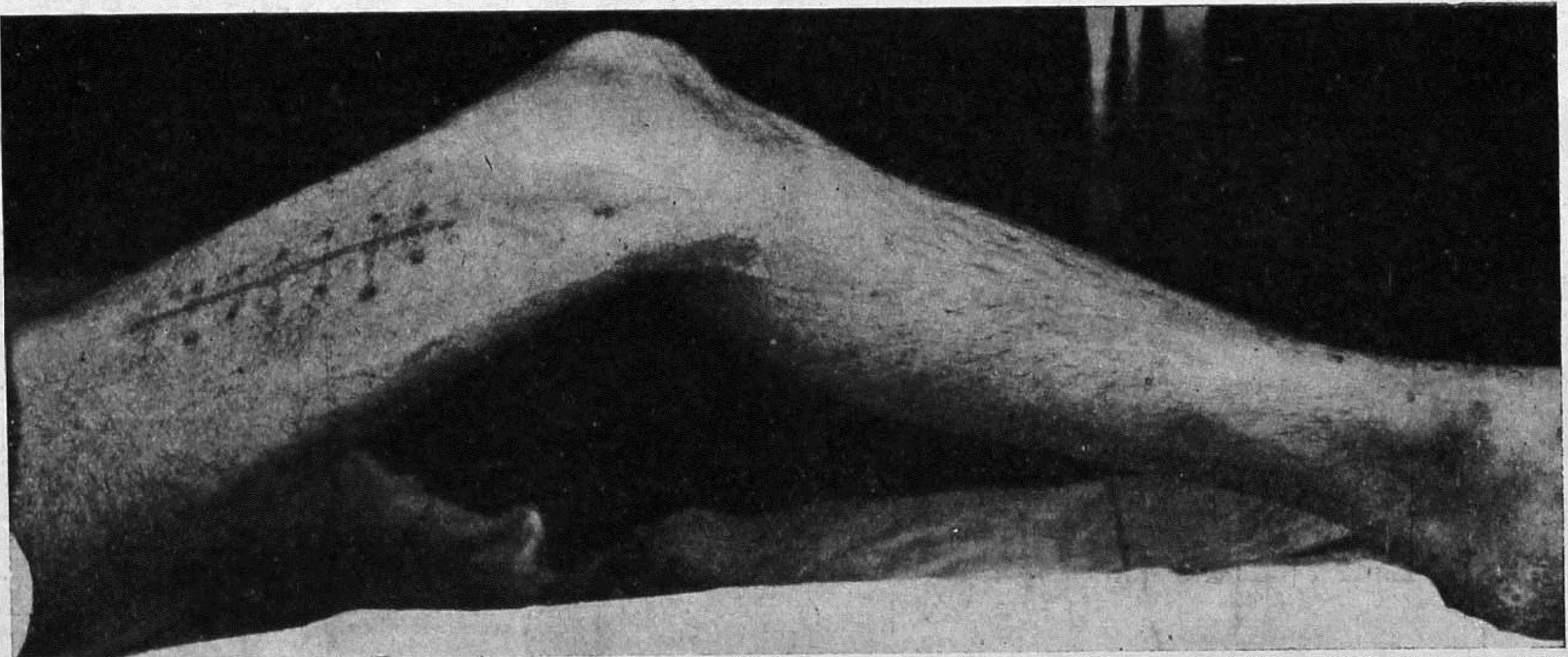


FIG. 7.

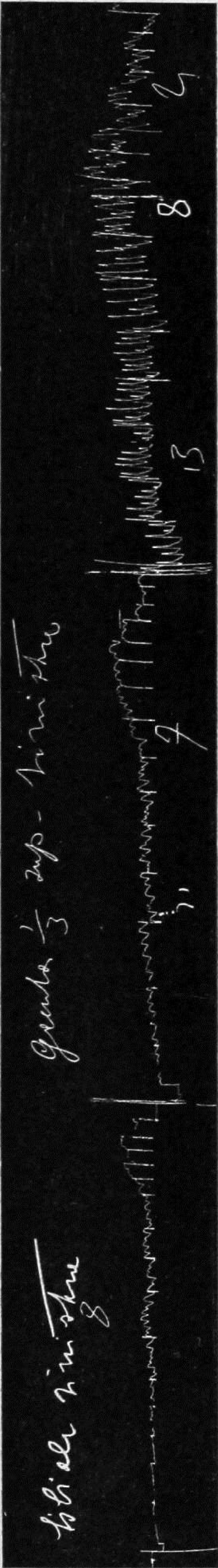


FIG. 8-a.

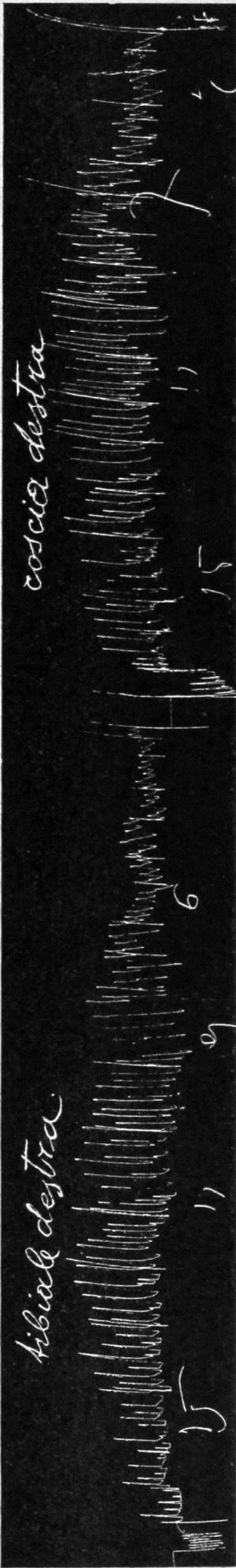


FIG. 8-b.

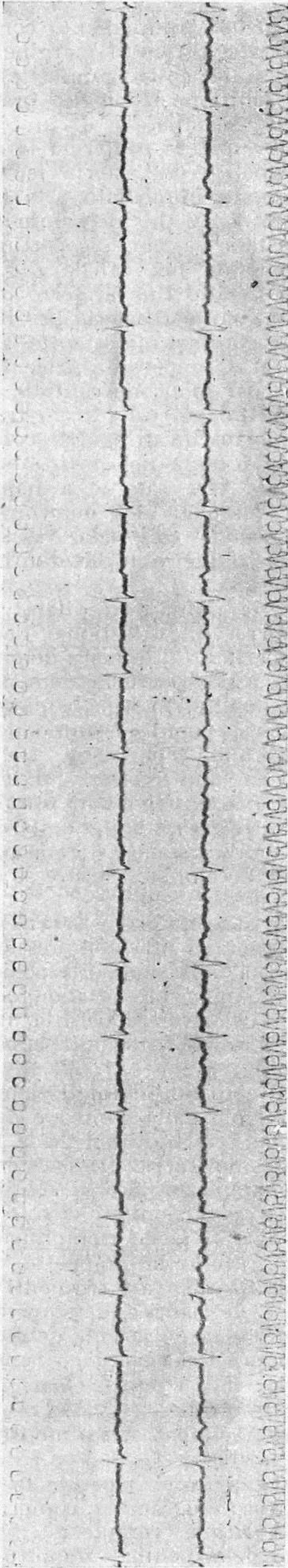


FIG. 9.

nel triangolo di Scarpa; da qui in poi le arterie non sono più apprezzabili per l'assenza di ogni pulsazione.

La prova dello strofinamento con etere dà iperemia reattiva solo fino al margine superiore della rotula, nulla sulla gamba e sul piede. Un pomfo con soluzione fisiologica praticata a livello dell'interlinea scompare a d. in 5', a s. persiste fino all'intervento. Si conferma la diagnosi di occlusione embolica dell'arteria femorale e si decide l'intervento immediato.

Operazione 7 1/2 h. dall'embolia (dott. Valdoni). Anestesia locale. Scopertura tipica dell'arteria femorale nel canale di Hunter proseguendo poi in alto fino al terzo medio della coscia. Preparazione dell'arteria per 10 cm., si passa un tubo di gomma molle sotto l'estremo superiore del tratto preparato. Arteriotomia longitudinale: esce dal moncone centrale dapprima sangue senza getto, poi un piccolo tratto di embolo cui segue fuoriuscita di sangue con getto arterioso. L'arteria è vuota nel tratto aperto, dal moncone inferiore esce sangue a nappo. Assicurata la pervietà completa del moncone superiore, si sutura l'incisione con seta vasellinata. Sutura continua con punti non perforanti. Simpaticectomia periarteriosa.

Ora l'arteria pulsa e si dilata: probabilmente nella manovra di dissezione l'embolo è stato spinto alla periferia. Chiusura della ferita a strati. Cute in seta e grappette. Seconda incisione longitudinale al poplite. Si lega la piccola safena e si scopre l'arteria poplitea, immobile, distesa. Arteriotomia. Con l'aspirazione, sia dal moncone superiore che dall'inferiore si estraggono dei frammenti di trombo, alcuni ramificati (fig. 3). Dal capo centrale esce ora sangue arterioso a getto. Sutura dell'incisione arteriale con sutura continua. Simpaticectomia. Sutura a strati completi della ferita.

Decorso post-operatorio: sera: l'arto è caldo, le vene si vuotano alla compressione e si riempiono. Nessuna pulsazione alla pedidia. Le falangi distali e la gamba presentano goccioline di sudore. Mobilità notevole delle dita, nulla del piede. Esiste uno stato di iperestesia superficiale e profonda diffusa.

8 maggio: continua il miglioramento nelle condizioni di circolo della gamba e del piede. Movimenti appena avvertibili del piede.

9 maggio: movimenti flesso-estensori del piede di notevole ampiezza. Scarza motilità delle dita. Persistono le condizioni di circolo ieri osservate, la sudorazione, il facile riempimento delle vene.

12 maggio: tolte le grappette, guarigione regolare. Mobilità dei vari segmenti dell'arto buona. L'arto è di colorito e temperatura normali. Non si apprezza la pulsazione della pedidia, ma le vene si vuotano e si riempiono bene.

15 maggio: tolti i punti. Guarigione p. p. Condizioni locali ottime.

Il 19 maggio il paz. era nuovamente trasferito in Clinica medica.

Il 31 maggio furono ripetute le indagini grafiche: l'elettrocardiogramma confermava la persistenza dell'aritmia completa (fig. 4); l'indice oscillometro della gamba, ampio di 3,5 a destra, era ridotto a sinistra ad oscillazioni appena apprezzabili (fig. 5). Il colorito della cute era roseo, la temperatura calda, la sensibilità e la funzione dell'arto apparivano normali. Dopo una settimana l'indice oscillometrico non mostrava segni di miglioramento (fig. 6).

Il resto della degenza non presentò dati caratteristici; va però notato che il 27 maggio fu ripresa e prolungata per sette giorni la somministrazione della chinidina alla dose di 20 ctg. al dì, senza che l'infermo risentisse alcun disturbo.

Il 19 giugno l'infermo venne dimesso: egli poteva camminare, sia pure con difficoltà, il suo arto inferiore sinistro era di aspetto normale (fig. 7), l'indice oscillometrico non era modificato (fig. 8), il paz. seguitava a fibrillare (fig. 9).

Abbiamo riveduto il malato alla fine di luglio: la palpazione della pedidia era appena apprezzabile. Non esistevano alterazioni della temperatura cutanea. A buon diritto potevamo quindi dichiararci soddisfatti dell'esito dell'embolectomia, perchè si riuscì ad impedire la cancrena, il che non è sempre possibile malgrado l'intervento (vedi i casi di Einard Key, di Wideroes, di Lin) e l'infermo, come veduto, superò la fase operatoria e la post-operatoria in discrete condizioni di compenso.

Va notato tuttavia che le pulsazioni della pedidia non sono state più apprezzabili in modo netto anche a distanza di 3 mesi circa dall'embolia e che l'indice oscillometrico era assai ridotto; non sappiamo quindi in fondo se poter parlare di guarigione vera e propria, secondo il severo giudizio dei chirurghi francesi, ma soltanto di un miglioramento assai notevole del circolo che non ha però raggiunto un completo ritorno all'integrità.

Questa, nella successione dei fatti, la storia del nostro malato: un chiaro caso di fibrillazione auricolare dunque, probabilmente associata come generalmente si osserva ad una stenosi ed insufficienza mitralica, che, in coincidenza con un ciclo di terapia chinidinica, presentò un'embolia dell'arteria femorale e che fu tempestivamente operato con esito felicissimo, in quanto si prevenne la cancrena e si restituì all'arto paralizzato una capacità funzionale quasi normale.

La sagoma del caso clinico è così netta che non si presta, come abbiamo accennato in principio, a particolari discussioni; vi sono però alcuni punti su cui è bene richiamare l'attenzione.

Anzitutto l'episodio del 4 maggio: quella sensazione di freddo specialmente alla gamba sinistra che è, come sappiamo, la sede favorita delle embolie arteriose e dove, tre giorni dopo, l'embolia realmente si verificò. L'episodio fu notato, ma non apprezzato forse nel suo giusto valore, così come oggi ci appare, dopo il chiaro processo embolico del 7 maggio.

Non si può escludere, infatti, che la fugace manifestazione parestesica, verificatasi isolatamente in quel distretto vasale che doveva essere poi così duramente colpito, possa essere

stata provocata anche essa da un'embolia che, troppo piccola per scatenare la classica sintomatologia dolorosa e vascolare, sia stata però capace di determinare fugaci manifestazioni angiospastiche: queste non mancano mai nelle embolie, sarebbero anzi la causa del dolore (Seifert) e spiegherebbero i discreti risultati terapeutici (specialmente per quanto riguarda il dolore) dell'acetilcolina (Faron,, Desoille) e della Padutin (Kronenberger).

Certo la sensazione del raffreddamento è molto suggestiva per ammettere l'esistenza di un angiospasmo; e del resto la ripetizione a breve distanza di tempo è assai frequente (Winchester, Einard Key, Bani, ecc.).

Resta insoluta la questione se la sospensione della cura chinidinica, qualora si fosse accettata questa interpretazione dei fenomeni presentati il 4 maggio, avrebbe impedito lo scatenarsi dell'embolia, tre giorni dopo. Infatti, è stata realmente la chinidina la responsabile dell'embolia arteriosa? A prima vista si direbbe di sì, e per quel criterio della coincidenza e per quel senso di diffidenza che le osservazioni di molti autori (Ellis e Klark, Kennedy, Wilson e Hermann, ecc.) hanno suscitato nell'ambiente medico; tuttavia alcuni dati di fatto ci impediscono di attribuire con certezza alla chinidina anche questo nostro caso di embolia.

Anzitutto il paziente sopportò senza alcun disturbo il secondo ciclo di chinidina nel periodo post-embolico, inoltre, mentre è noto che la chinidina scatena le embolie appunto quando riesce efficace, cioè quando riconduce il ritmo, o direttamente o attraverso la fase di flutter, alla perfetta regolarità (Lewis, Sebastiani), nel nostro malato la terapia non aveva modificato in alcun modo l'anarchia del polso, così come i tracciati (v. figg. 2 e 4) chiaramente dimostrano; infine è noto che le embolie sono frequenti nella stenosi della mitrale associata a fibrillazione auricolare, e che Huchard chiamava « malattia embolizzante » quando ancora Wenckebach e Frey non avevano dimostrato l'utilità dei preparati di chinino.

D'altronde è opinione diffusa oggi specialmente fra i cardiologi inglesi, che il pericolo delle embolie durante la cura chinidinica sia stato esagerato; Riecker e Parkinson e Campbell non ne hanno mai osservate, e Maynard ne cita un sol caso su un larghissimo numero di malati così trattati. « The possibility of embolism — dicono East e Bain — should properly be regarded as remote ».

Ricapitolando, nulla ci permette dunque di dire che sia stata proprio la cura chinidinica la causa dell'embolia, e non si può escludere che si sia trattato di una complicazione spontanea della malattia.

***

Per il chirurgo, all'esame di un malato di cui si sospetti una embolia, il problema diagnostico è duplice; anzitutto quello di stabilire la diagnosi generica di embolia, in secondo luogo quello della sede dell'embolo.

Per quanto riguarda il primo punto l'esame dei casi clinici riferiti dai vari Autori e specie da chirurgi scandinavi e l'esperienza del nostro caso insegnano che la diagnosi di embolia arteriosa è facile.

Nella maggior parte dei casi si tratta di pazienti portatori di un'affezione dell'apparato cardiovascolare, quasi sempre di una affezione mitralica, più di rado di una miocardite, di una arteriosclerosi grave. Un trombo formatosi nel cuore si mobilizza ed entra in circolo andando ad occludere uno o più rami arteriosi periferici. Abbiamo detto che nella maggior parte dei casi si tratta di una affezione cardiaca, perchè embolie arteriose periferiche sono state anche osservate in malati colpiti da una malattia infettiva in atto o superata o anche in individui operati per varie indicazioni e guariti per prima intenzione. In tutti questi casi la patogenesi è sempre rappresentata da un trombo formatosi in una cavità del cuore e di cui un frammento distaccato viene portato in circolo. Casi sicuri di embolia da trombi venosi sono una rarità assoluta e presuppongono naturalmente la pervietà del forame di Botallo. L'embolo portato in circolo nell'80 % dei casi si arresta negli arti inferiori e di questi ne è colpito con grande prevalenza il sinistro.

La sintomatologia è tipica. Meno che in un certo numero di casi di embolia parziale l'inizio è brusco se pur preceduto, come nel nostro caso, a diversi giorni di distanza da manifestazioni di piccola embolia che vengono in genere non esattamente interpretate, quasi sempre come fenomeni angiospastici.

All'improvviso il paziente è colpito da un dolore molto intenso all'arto corrispondente e contemporaneamente insorge una sensazione di intorpidimento e di freddo nell'arto. La sensibilità è quasi sempre pervertita, diminuita a zone, la diminuzione non è uniforme ed è quasi sempre meno notevole al limite superiore della zona di alterato circolo. L'abbassamento della temperatura, facilmente obiettivabile è anche esso progressivo verso

la periferia; il colorito dell'arto è pallido, lievemente cianotico. Una puntura di spillo, una piccola incisione restano esangui. La motilità è anch'essa variamente conservata sempre più diminuita nelle parti periferiche.

A questa serie di segni subiettivi e obiettivi si aggiunge, sintomo importantissimo, la cessazione della pulsazione dell'arteria periferica nei punti dove normalmente tale pulsazione è facilmente avvertita. Questo sintomo è quello che rende la diagnosi generica di embolia facile.

L'unica diagnosi differenziale che va tenuta presente è quella con la trombosi da endoarterite, ma in questa i disturbi datano da anni, vi sono segni premonitori di « claudicatio intermittens », di « piccole trombosi » e spuri di circolo disturbato; manca l'affezione, causa dell'embolia.

La diagnosi differenziale con la flebite dell'arto è facile: in questi casi l'arto è edematoso, cianotico, la pulsazione e la sensibilità normali.

La diagnosi di *sede* presenta qualche difficoltà maggiore. Anzitutto occorre tener conto del fatto che un embolo si arresta in un'arteria periferica in corrispondenza di una biforcazione e quindi per gli arti inferiori alla biforcazione dell'aorta, alla biforcazione della iliaca comune, della femorale comune, della poplitea.

L'arresto di un embolo alla *biforcazione dell'aorta* può in un primo tempo portare ad una sintomatologia a carico di un arto solo in quanto difficilmente si tratta di un embolo così massivo che occluda contemporaneamente e completamente tutte e due le iliache. Ordinariamente, almeno per qualche ora, da un lato passa una certa quantità di sangue sufficiente a mantenere il circolo di un'arto; è solo a poco a poco che per opera di un trombo secondario l'occlusione si fa completa e si presentano i segni a carico di tutti e due gli arti (Hesse). Ciò spiega perchè la sintomatologia in questi casi non sia identica in tutti e due gli arti anche quando l'embolia sia completa. L'arto è freddo, ipoestesico fino alla radice dell'arto da un lato, mentre dall'altro i sintomi arrivano al ginocchio o alla coscia senza mai raggiungere l'estensione del lato opposto.

L'arresto di un embolo alla biforcazione della *iliaca comune* dà sintomi identici ma a carico di un arto solo; anche qui il circolo si arresta alla radice dell'arto ma l'alterazione rimane strettamente unilaterale. Manca la pulsazione su tutte le arterie dell'arto fino alla femorale.

La localizzazione più frequente è quella nella *femorale comune*. In questi casi i disturbi di circolo arrivano fino al ginocchio o fino al terzo inferiore della coscia; i segni più gravi dell'arresto del circolo non arrivano al ginocchio. La gamba ed il piede sono paretici; si avverte la pulsazione soltanto sulla femorale al triangolo di Scarpa.

La localizzazione nell'arteria *poplitea* porta a disturbi di circolo nel piede e nella metà inferiore della gamba.

Nella diagnosi di sede ciò che permette una localizzazione più esatta dell'embolo è l'apprezzamento della pulsazione: dove la pulsazione cessa o si indebolisce vi corrisponde l'embolo. Ma la localizzazione e l'apprezzamento esatto del punto di cessazione della pulsazione non sono sempre facili: si può trattare di pulsazioni molto deboli in rapporto allo stato delle condizioni cardiache o di una falsa pulsazione dovuta a una pulsazione trasmessa al vaso occluso dalle masse tromboliche. È più facile generalmente di stabilire l'esistenza della pulsazione in un punto prossimale alla sede dell'embolo in quanto avvenuto l'embolo si ha di solito un innalzamento della pressione a meno che non si tratti di lesioni cardiache gravissime. Anche sperimentalmente si è potuto dimostrare questo aumento di pressione susseguente alla biforcazione dell'aorta e alla iliaca comune (Katzenstein, Offergeild, Wiedhoff).

Minore importanza rispetto alla diagnosi di localizzazione ha l'estensione del territorio di alterato circolo. I quadri sintomatologici da noi accennati non hanno un valore assoluto in quanto che i sintomi variano anche per le stesse e identiche localizzazioni dell'embolo. Un embolo nell'iliaca comune può dare dei segni analoghi a quelli dati da un embolo nella femorale comune. Il grado e l'estensione dei disturbi di circolo dipendono da vari fattori: anzitutto se l'occlusione embolica del vaso sia completa o meno, dipendono dallo sviluppo anatomico delle collaterali, dalle condizioni della parete vascolare, dall'azione cardiaca, dalla trombosi secondaria, dalla estensione dell'embolo. Hesse ha dato molta importanza alla completezza o meno dell'ostruzione determinata dall'embolo. Ora l'esame dei casi clinici ed i reperti operatori hanno dimostrato che non è esatto di pensare a ostruzioni incomplete quando i disturbi di circolo non sieno tipici; si tratta, si può dire regolarmente, di occlusioni complete del vaso. Quindi hanno importanza piuttosto gli altri fattori. Per esempio la pressione arteriosa ha grande importanza nello stabilire un circolo

collaterale sufficiente. Già nelle semplici legature di un'arteria si è visto che la cancrena è tanto più facile e più estesa quanto più bassa è la pressione: e quindi il pericolo è massimo nelle legature di un'arteria in individui in stato di choc o di anemia post-emorragica. Nelle occlusioni per embolo s è in condizioni più favorevoli in quanto come abbiamo visto vi è contemporaneamente un aumento della pressione. D'altra parte nei casi di embolia vi è un altro fattore forse più importante che spiega la maggiore frequenza della cancrena in questi casi ed è precisamente la sede in quanto mentre una legatura risiede sul tronco, l'embolo risiede su una biforcazione in modo da occludere contemporaneamente la via principale e l'accessoria. Un altro fattore da cui dipende strettamente la formazione del circolo collaterale è la trombosi secondaria ed è questa che ci spiega le variazioni così notevoli che si riscontrano da caso a caso. L'estensione dell'embolo per sè stessa ha meno importanza in quanto l'embolo primitivo non è mai molto lungo mentre il suo accrescimento specialmente periferico è in rapporto alla trombosi secondaria. Non bisogna dimenticare ancora l'esistenza di un angiospasmo.

Premesse queste considerazioni sull'importanza che lo studio del territorio di alterato circolo ha nella localizzazione dell'embolo e che ci permettono di diminuirne l'importanza diagnostica, ricorderemo che può essere senz'altro affermato che il punto di occlusione del vaso corrisponde sempre a un punto situato al disopra del limite superiore. I segni periferici dell'alterato circolo (il pallore, l'ipoestesia) non permettono di stabilire con esattezza il limite superiore. Ciò può esser fatto provocando con un ago da iniezione di grosso calibro delle piccole ferite dermiche in modo da stabilire il punto in cui la piccola ferita non sanguini più. Nel nostro caso ha dato buona prova lo strofinamento della cute con del cotone imbevuto di etere; il limite superiore del territorio dell'alterato circolo corrisponde al punto in cui manca l'iperemia reattiva. Anche la prova di Aldrich e Mac Clure, cioè il tempo di riassorbimento di un pomfo cutaneo di soluzione fisiologica corrisponde bene.

Loewe ha consigliato di impiegare l'arteriografia nella diagnosi di localizzazione dell'embolo; però sembra che se questa ricerca sia consigliabile nei casi in cui a causa dell'embolo si sia già stabilita la cangrena e si voglia giudicare del punto in cui debba cadere l'amputazione non sia altrettanto consigliabile in casi di emboli recenti in cui l'iniezione del liquido opaco può compromettere la vitalità della parete vascolare già alterata per la presenza dell'embolo.

Fatta diagnosi di embolia arteriosa dell'arto inferiore e localizzato l'embolo si pone il quesito della cura. Cura medica o intervento diretto sull'embolo? L'indicazione curativa è data dal pericolo della cangrena. È vero che l'embolia arteriosa non è seguita di necessità dalla cangrena del territorio corrispondente. Così per esempio in 42 casi di un embolo situato sulla biforcazione dell'aorta i risultati secondo Hesse furono: nessuna cangrena 7 casi; cangrena di un piede 5 casi; cangrena di una gamba sotto il ginocchio 6 casi; cangrena di due gambe sotto il ginocchio 3 casi; cangrena di tutta una estremità 11 casi; cangrena di tutte e due le estremità 10 casi.

A questi sono da aggiungere i casi di Bull in cui ci fu una cangrena superficiale di un alluce, di Hellström senza cangrene. Anche per le altre localizzazioni si hanno tali eventualità; così quattro casi di embolia dell'iliaca comune di Bull, un caso di Key della poplitea, e un altro di Bull nella stessa sede in cui pure non si verificò alcuna cangrena.

Si può dire dunque che la cangrena non è una conseguenza necessaria dell'embolia ma che tutta via la frequenza è tale da tener conto in ogni caso come di una evenienza certa. Come abbiamo detto, sotto questo punto di vista le condizioni nell'embolia sono peggiori che non nella legatura. Infatti per questa dalle statistiche raccolte dal Wolf si hanno queste percentuali di cangrene: arteria iliaca comune 50 %; arteria femorale comune 25 %; arteria femorale superficiale 12,5 %; arteria poplitea 15 %.

La ragione di questa differenza sta in due ordini di cause: anzitutto nel fatto che quando viene praticata una legatura questa non è mai posta in corrispondenza di una biforcazione mentre l'embolo risiede proprio sulla biforcazione. In secondo luogo, fattore di grande importanza, la trombosi secondaria. Un embolo può non occludere completamente il vaso: per opera della trombosi secondaria più o meno presto l'occlusione si fa completa e insorge il quadro classico. La trombosi secondaria però, poichè l'occlusione è spesso completa, ha importanza sul circolo collaterale in quanto va ad occludere i rami. Ed è a questa causa piuttosto che al completamento dell'ostruzione che si devono ascrivere secon-

do Key alcuni casi di peggioramento progressivo come quello di Matti. Il trombo secondario si accresce verso la periferia, poco o nulla centralmente. Quale possa essere l'estensione del trombo secondario è facile di dirlo quando si operi a poche ore dall'embolia. In questi casi è possibile di riconoscere il trombo aggiuntosi. Con grande probabilità nella maggior parte dei casi, i trombi lunghi sono in gran parte formati dal trombo secondario. L'esistenza di una trombosi secondaria è importante non solo per le ragioni dette ma anche perchè rende più difficile l'asportazione dell'embolo, perchè può essere non riconosciuta e perchè infine il trombo neoformatosi può mobilizzarsi e portare a una nuova embolia se pure in un vaso più distale.

Accanto a questo tipo di trombosi secondaria occorre ricordare quella che può sopravvenire nel vaso dopo l'embolectomia e in alcuni casi, anche se l'embolo è rimasto in sede per poco tempo, si hanno delle alterazioni dell'intima tali da indurre a una trombosi successiva. Le cause non sono bene conosciute. In un lavoro sperimentale Valdoni ha potuto osservare che la presenza di un embolo artificiale per tre ore porta già nella metà dei casi a una trombosi secondaria la cui origine dovrebbe riferirsi ad alterazioni della parete vasale secondarie alla trombosi dei vasa vasorum.

A questo proposito interessa di sapere per quanto tempo possano sopportare i tessuti di un arto l'arresto del circolo arterioso. Su questo argomento hanno praticato ricerche Sandrini e Loreti. Non si possono fare confronti con quanto avviene nella apposizione del laccio di Esmarch perchè in questo caso resta occlusa l'arteria ed anche la vena e si verifica una compressione sui nervi. Si può fare un confronto con quanto avviene nella paralisi ischemica dell'arto superiore in cui si può ritenere necessaria una occlusione arteriosa della durata di almeno tre ore. Nel caso dell'embolia occorre tener conto del circolo collaterale, della pressione sanguigna, dei trombi secondari, della resistenza dei tessuti in rapporto alle condizioni generali del malato, ecc. Quindi molteplicità di fattori che portano difficilmente a un giudizio sicuro.

Anche in questo caso l'esperienza clinica ci dà i dati più istruttivi. Mentre si hanno delle alterazioni già dopo alcune ore, per esempio nel nostro caso delle alterazioni simili alla contrattura ischemica dopo 7 ore di occlusione vasale, vi sono casi di guarigione completa dopo 10, 12, 16 e perfino 22 ore (Key). È certo però che quanto più presto si interviene tanto migliori sono i risultati. Secondo Key su 138 embolectomie si ebbero nelle prime 10 ore 75 casi operati con 34 successi, dopo 10 ore 63 casi con 7 successi; secondo Key vi può essere successo anche dopo 24 ore; però in un caso da lui operato con buon risultato dopo 22 ore pensa che il successo sia dovuto a un miglioramento del circolo collaterale piuttosto che al ripristino della via sanguigna principale.

Dschanelidze e Oglobinina calcolavano nel 1927 in una statistica dei casi fino allora conosciuti che si potesse contare sul 40 % di risultati buoni, il Nyström su 74 casi trovava 27 con buoni risultati e come abbiamo visto il Key su 138 calcolava 41 successi nel 1928. Presso a poco questa proporzione è rimasta anche nei casi più recentemente operati. In Italia casi di embolectomia sono stati riferiti da Schiassi B., da Fasano.

Segue poi il caso comunicato da Bani (i casi di Cocuzza sono di un Ospedale americano); altri casi operati ci sono stati riferiti verbalmente da Chiasserini.

Nella nostra Clinica sono stati operati nel 1927 e '28 due casi di embolia della femorale ma senza risultati in quanto l'embolia datava in un caso 24 ore, nel secondo 30.

Almeno a quanto ci è stato possibile di ricercare nella bibliografia il nostro sarebbe il primo caso di successo definitivo a distanza operato in Italia. Nel caso descritto da Bani la malata sopravvisse 15 giorni all'intervento, ritornò la circolazione nell'arto ma la paziente decedette a causa delle sue lesioni cardiache e di nuove e più gravi embolie. Nel caso di Fasano non si trattava di un embolo ma di una trombosi.

A meno che non ci siano controindicazioni gravi da parte dell'apparato circolatorio o nello stato generale del malato possiamo affermare che l'operazione è nettamente indicata e quanto più precocemente è possibile prima che si sia stabilita la morte dei tessuti e sia avvenuta la trombosi secondaria; ma anche in casi tardivi conviene lo stesso tentare un intervento in quanto si può riuscire a migliorare le condizioni del circolo collaterale. Necessità quindi di diagnosi precoce e di intervento immediato. I numerosissimi casi operati e i buoni successi quasi esclusivi della Scuola Scandinava parlano per *l'importanza che la conoscenza dell'affezione ha nel porre una diagnosi precoce. È qui che la collaborazione medico-chirurgica ha la massima importanza.* In Scandinavia il Key con numerose e appassionate pubblicazioni ha saputo diffon-

dere la conoscenza dell'affezione e specialmente insegnare e persuadere della necessità di una diagnosi precoce; la bella statistica scandinava ne è la dimostrazione più evidente.

L'intervento chirurgico non è il solo metodo di cura dell'embolia arteriosa degli arti inferiori. In alcuni casi è stato tentato e anche con successo il massaggio con l'intento di spremere verso la periferia l'embolo. I due metodi non possono essere messi in contrapposto: l'asportazione chirurgica dà un grado di sicurezza di gran lunga maggiore e la spremitura a cielo coperto può essere indicata solo nei casi in cui per le condizioni del malato o per la mancanza di un ambiente chirurgico adatto non sia possibile di intervenire chirurgicamente. L'intervento va praticato in anestesia locale senza emostasi preventiva; l'anestesia spinale può essere indicata nei casi di embolo arrestato alla biforcazione dell'aorta. Il Key consiglia di usare il citrato di sodio al 2 % per bagnare i guanti, i ferri e la ferita operatoria; però se ne può fare anche a meno come nel nostro caso e in quelli di altri Autori pur di avere la precauzione di mettere a contatto della parete arteriosa soltanto istrumenti bagnati di olio di vasellina. Il Key osserva che con l'olio di vasellina usando i guanti di gomma si hanno delle difficoltà per l'eccessivo scivolamento e per tale ragione consiglia il citrato di sodio.

L'arteriotomia va fatta naturalmente nella sede dell'embolo. Quasi sempre la prima incisione cade troppo in basso in modo che il chirurgo trova un'arteria non pulsante e che incisa o non dà sangue e se dà sangue questo esce senza un getto arterioso. Se per esempio l'incisione è stata fatta sulla femorale comune e l'embolo risiede alla biforcazione dell'aorta, dal moncone centrale viene sangue ma con scarsa pressione e ciò perchè il circolo collaterale è sufficiente a mantenere una certa circolazione. Se invece dal moncone centrale non viene sangue vuol dire che l'embolo risiede sulla iliaca comune alla biforcazione.

Nei casi di embolo sulla biforcazione dell'aorta oggi i chirurgi sono d'accordo nel consigliare di estrarlo con una arteriotomia sulla iliaca o sulla femorale comune: per via ottusa la mano raggiunge, scollando il peritoneo, l'aorta ed esegue una manovra di mungitura verso il basso. Nelle localizzazioni sulla iliaca, sulla femorale e sulla poplitea ordinariamente l'accesso avviene in corrispondenza dell'embolo il quale, incisa l'arteria viene estratto mediante una pinza o mediante piccoli cucchiai smussi o mediante sonde anche sul tipo della sonda di Babkok. Forse il metodo meno traumatizzante per la parete vasale è quello di aspirare il coagulo per mezzo di un tubicino paraffinato di gomma che viene introdotto nell'arteria. Ripetendo a più riprese questa manovra si riuscirà a estrarre completamente l'embolo dal moncone centrale; estratto l'embolo dal moncone centrale fuoriesce sangue a forte getto arterioso.

Nel nostro caso in cui abbiamo eseguito una arteriotomia sulla femorale al terzo medio della coscia siamo riusciti a estrarre l'embolo dal moncone centrale e invece non siamo riusciti a estrarre quello localizzato nel moncone periferico sì da dover praticare una nuova arteriotomia sulla poplitea per assicurare la pervietà del vaso; con l'aspirazione l'embolo potè essere estratto facilmente se pure a frammenti. La sutura del vaso viene praticata in seta sottile vasellinata con una sutura continua; nel nostro caso abbiamo cercato di non mettere dei punti perforanti l'endotelio. Suturato il vaso abbiamo eseguito anche una *simpaticectomia periarteriosa* per eliminare lo spasmo che ne può conseguire. L'asportazione dell'embolo può esser fatta anche per mezzo del lavaggio secondo Handley e Dreyer. In alcuni casi, specie di embolie datanti da più ore è stata praticata da qualche autore una anastomosi arterovenosa ma senza risultato. Leriche consiglia in casi di recidiva la resezione del tratto colpito seguito eventualmente da un trapianto venoso. Queste operazioni però fino ad oggi non hanno dato risultati evidenti.

RIASSUNTO.

Gli AA. descrivono un caso di fibrillazione auricolare, decorso con embolia della femorale e in cui il pronto intervento chirurgico, consistito nell'embolectomia, permise il ristabilimento della circolazione nell'arto colpito.

LAVORI CONSULTATI.

ALEMAN. *A case of embolectomy*, Acta chir. scand., 1925, vol. 59, pag. 50.

BANI. *L'embolectomia, metodo ideale di cura nei disturbi embolici degli arti.* Il Policlinico, Sez. Chir. 1928, vol. 35, pag. 113.

BERNARD. *Embolectomie de la fémorale commune suivie de succès.* Bull. soc. nat. Chir., Paris, 1930, vol. 56, pag. 1470.

ID. *Arteriectomie de la femorale superficielle quatre mois après une embolectomie.* Bull. Soc. nat. Chir., Paris, 1931, vol. 57, pag. 963.

CHAVANNAZ. *Les embolies des artères des membres.* Journ. de méd. de Bord., n. 6, 1932, p. 155-159.

COCUZZA. *Due casi di embolectomia*, Arch. It. di Chir., 1929, vol. 24, pag. 328.

D'ORNANO. *Diagnostic clinique de l'arythmie complète.* Ed. G. Doin, Paris, 1933.

DSCHANELIDZE e OGLOBILINA. *Embolektomie*. Arch. Klin. Chir., 1927, vol. 149, pag. 55.
EAST e BAIN. *Recent Advances in Cardiology*. Ed. I. & A. Churchill, London, 1931.
ELLIS e CLARK. Cit. da EAST e BAIN.
JOURE. *A propos de l'embolectomie*. Soc. Chir., genn. 1931.
FASANO. *Arteriotomia della femorale per trombosi con incipiente gangrena dell'estremità. Guarigione*. Arch. it. di Chir., 1922, vol. V, pag. 207.
ID. *Contributo alla chirurgia vasale*. Atti Soc. It. di Chir., 1922, XXIX Congr., pag. 87.
KEY. *Uber Embolektomie als Behandlungsmethode bei emobolischen Zirculationsstörungen der Extremitäten*. Acta chir. scand., 1922, vol. 54, pag. 339.
ID. *Über Embolektomien. Duodecim.*, 1928, vol. 44, pag. 724.
ID. *L'embolectomie dans les troubles emboliques des extremités*. Lyon Chir., 1928, vol. 25, p. 169 e Zbl. Chir., 1927, vol. 54, pag. 2190, 2249.
KORTER. *Arterial embolectomy*. Amer. J. Surg., 1929, vol. 6, pag. 306.
LÄWEN. *Erfolgreiche Arteriotomie und Entfernung eines Embolus aus der linkeren Arteria femoralis*. Zbl. Chir., 1929, vol. 56, pag. 627.
LEWIS. *Disease of the Heart*. Ed. MacMillan, London, 1933.
LINDSTRÖM: cit. da KEY EINARD.
LOËWE. *Ueber die röntgenologische Lokalisation der Embolie und sonstigen Verschlüsse in der peripheren Arterien*. Zbl. Chir., 1931, vol. 58, pag. 2182.
LORETI. *Embolia ed embolectomia*. Gior. Med. Prat., 1928.
LORETI e SANDRINI. *Contributo sperimentale ed anatomo-patologico allo studio dell'embolo asettico in rapporto all'indicazione dell'embolectomia*. Arch. it. di Chir., 1929, vol. 24, pag. 339.
LUNDBLAD. *Another Case of Embolus of the Common Iliac Artery. Operation*. Acta chir. scand., 1925, vol. 59, pag. 68.
MAYNARD. Cit. da EAST e BAIN.
MANDL. *Arterielle Embolie*. Zbl. Chir., 1932, vol. 59, pag. 917.
NYSTRÖM. *Zur Prognose und Methodik der Embolektomie*. Acta Chir. Scand., 1926, vol. 60, p. 229.
PALLIN. *The differential Diagnosis. Arterial Embolism. Venous Thrombosis*. Acta chir. Scand., 1929, vol. 65, pag. 559.
PARKINSON e CAMPBELL. Cit. da EAST e BAIN.
PERMANN. *On circulatory Conditions in Arterial Embolism of the lower Extremitis*. Acta chir. scand. 1927, vol. 61 pag. 443.
PETITPIERRE. *Ueber Embolie der Extremitäten-arterien*. Schw. Med. Wchsch., 1928, vol. 58, pag. 700 e Dtsch. Zeitsch. f. Chir., 1928, vol. 210, pag. 184.
RIECKER: Cit. da EAST e BAIN.
SEBASTIANI. *I disturbi del ritmo cardiaco*. Ed. Pozzi, Roma, 1924.
SÖDERLUND. *Two Cases of Embolectomy*. Acta chir. scand., 1925, vol. 59, pag. 171.
TORELL. *Three Cases of Embolectomy*. Acta chir. scand., 1925, vol. 59, pag. 235.
TURCO. *Su un caso di embolectomia arteriosa*. Minerva med., 1931, vol. I, pag. 145.
VALDONI. *Sulla trombosi secondaria a embolectomia*. Atti Soc. It. di Chir., 1932.
WINCHESTER. *Embolic gangrene of both leg associated with auricular fibrillation*. The Brit. Med. Journ., n. 3763, 1933, pag. 271.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale Civile S. Antonio Abate Sermide (Mantova).

Psammoma del fornice congiuntivale inferiore.

Dott. CLAUDIO PARZANI, chir. prim. e direttore.

Il Virchow chiamò psammoma, un tumore che contiene masse calcaree identiche a quelle che normalmente costituiscono la così detta sabbia cerebrale. Dopo di lui la designazione fu da alcuni applicata a qualsiasi tumore contenente le formazioni ora menzionate; solo all'inizio del secolo nostro tale denominazione venne adoperata per indicare un gruppo di tumori, insorgenti per lo più dalle meningi e molto simili agli endoteliomi, aventi la particolare caratteristica di presentare nella compagine del tessuto neoformato, masse calcaree qua e là disseminate e più o meno numerose (Borst e Ribbert). Barbacci e Lunghetti comprendono colla denominazione suaccennata, forme neoplastiche che non possiedono unità strutturali e così pure il Thoma ed il Mallory asseriscono esistere solo carcinomi, adenomi, endoteliomi, ecc. a tipo psammomatoso. Bizzozero, Golgi e Bozzolo dimostrarono che lo psammoma è formazione endoteliale avente come fenomeno tipico, la presenza di formazioni calcificate, polimorfe. Il Boattini ritiene, pur riconoscendone la natura quasi esclusivamente endoteliale, che lo psammoma debba avere un posto nella classificazione dei tumori.

Tali neoformazioni, spesso uniche, talora multiple, sono per lo più piccole e ben circoscritte da una capsula connettiva e lasciano osservare sovente, anche ad occhio nudo, sulla superficie di sezione, zone bianchicce di aspetto cretaceo. Questi tumori particolari si sviluppano per solito dalla dura madre, più raramente dalla ghiandola pineale e dalla pia meninge. Altre localizzazioni sono eccezionali; vennero descritti casi di psammomi dell'organo visivo, Eicken per esempio, ne cita uno comprendente solo l'etmoide ed il seno sfenoidale. Schuster e Erna riferiscono un caso interessante il nervo ottico. Non mancano descrizioni di psammomi dell'orbita, specie della porzione retrobulbare. Venne perfino illustrato dal Borst un caso di psammoma multiplo del peritoneo. Localizzazioni diverse sono riferite ancora da Cordua, Baastrup e Nielsen, Badshiew, Newmark, Boattini, ecc.

Mentre, per quanto abbia cercato, non ho trovato cenni bibliografici che riguardino psammomi della congiuntiva, ho avuto personalmente occasione di operare un paziente af-

fetto da psammoma del fornice congiuntivale inferiore che interessava anche la caruncola, la congiuntiva bulbare nei quadranti inferiori e parte della congiuntiva tarsale inferiore. Per la rarità della localizzazione e per l'esito ottenuto non ritengo inutile comunicare tale osservazione clinica.

Passo senz'altro alla descrizione del caso:

Nel febbraio 1931 entrò nell'Ospedale che dirigo certo T. Prando fu Pietro di Bergantino (Rovigo).

Anamnesi famigliare: Padre morto ad 88 anni di vecchiaia, la madre deceduta a 78 anni in seguito ad emorragia cerebrale; ebbe tre fratelli morti: uno a 19 anni di tubercolosi polmonare, e due (sorelle) decedute una a 10 e una a 12 anni per causa non ben precisata. Due fratelli e una sorella sono vivi anche oggi e godono buona salute.

Anamnesi individuale: Nato a termine da parto fisiologico, ebbe allattamento costantemente materno, la dentizione e la deambulazione si compirono normalmente, non sembra abbia sofferto dei comuni esantemi dell'infanzia. Frequentò le prime due classi elementari con scarso profitto. Stette bene fino a 8 anni, età in cui ammalò di tifo rimanendo infermo per quasi cinque mesi; iniziò poco dopo il mestiere di cordaio in aiuto del padre. Fumatore e bevitore modico. A 22 anni sposò una donna sana, viva anche oggi da cui ebbe cinque figli: una femmina che morì a 8 anni pare di peritonite acuta, un maschio deceduto a 8 giorni di età per causa imprecisata, e tre (due femmine ed un maschio) vivono anche oggi e stanno benissimo. A 29 anni fu chiamato alle armi ed arruolato nell'arma di fanteria. Senza causa apparente iniziò un processo di congiuntivite bilaterale che lo rese inabile alle fatiche di guerra. Ricoverato in luogo di cura stette degente tre mesi dopo i quali venne mandato a casa riformato. Circa un anno più tardi fu rivisto ed arruolato nuovamente, come inabile alle fatiche di guerra, prestò servizio fino al 1919 sempre lamentando disturbi congiuntivali benchè continuassero le cure ambulatorie.

Congedato, non eseguì più alcuna cura a domicilio e solo dopo 4 anni circa, migliorò spontaneamente in modo notevole. Continuò così ad esercitare il proprio mestiere.

Anamnesi patologica: Nel luglio 1930 improvvisamente e senza apparente causa apprezzabile, cominciò un pizzicore all'occhio sinistro che andò via via aumentando di intensità, accoppiandosi talvolta ad attimi di abolizione completa della visione nell'occhio sinistro. Poco tempo dopo notò come dalla caruncola corrispondente, partisse una formazione carnosa che cresceva sensibilmente ostacolando il movimento del bulbo. Ricorse al sanitario e fu curato con collirii.

Continuò così fino al gennaio 1931 epoca in cui venne per una visita ambulatoria. Inviato dallo specialista, per avere un esame completo, mi fu indicato l'intervento da eseguirsi il più presto. Il malato desiderò essere operato da me personalmente ed entrò quindi nell'ospedale.

Esame obbiettivo: Individuo di costituzione fisica piuttosto gracile. regolare lo sviluppo dello scheletro, cute di colorito bruno pallido, pannicolo adiposo sottocutaneo scarso, mucose visibili discretamente sanguificate, masse muscolari toniche, micropoliadenia.

Capo e collo: Mentre l'occhio di destra è normale quello del lato opposto presenta: palpebre leggermente divaricate, specie quella inferiore, parte dei quadranti inferiori della cornea non sono visibili per la presenza di una tumefazione grossa circa come una matita, di forma irregolarmente cilindrica, situata trasversalmente, di colore rosso-cupo, modicamente dolente così spontaneamente che alla pressione, fissa e che, ad un esame attento, si rivela pure bernoccoluta.

Partendo dalla caruncola, con cui fa corpo, si porta all'angolo esterno dell'occhio ove si presenta leggermente più voluminosa (fig. 1); rovesciando la palpebra inferiore si osserva che la congiuntiva tarsale specie nella metà mediale è irregolare nella sua superficie, di aspetto fungoso e del colore stesso della formazione descritta.

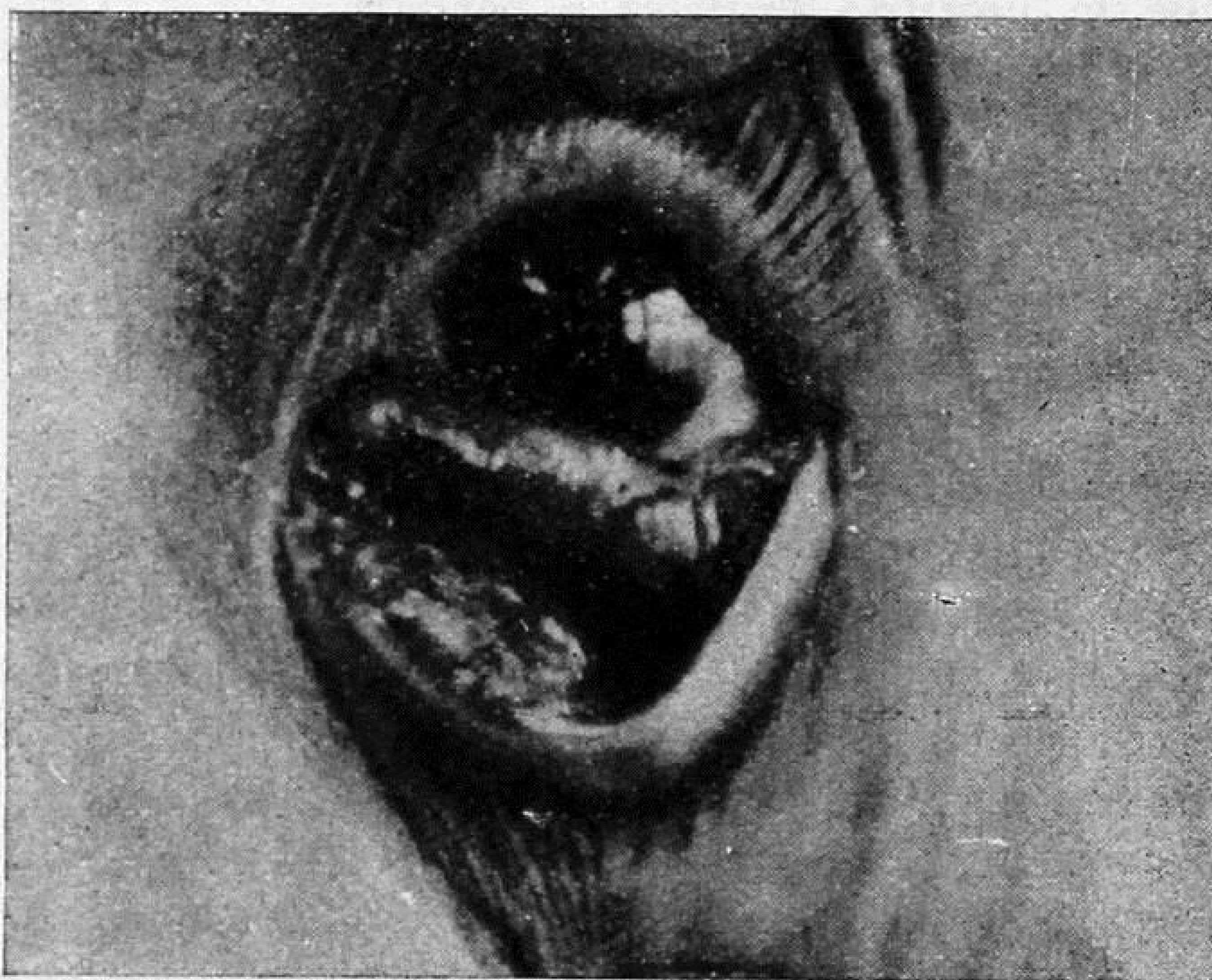


FIG. 1. — Bulbo oculare sinistro del paziente prima dell'operazione.

I movimenti del bulbo sono molto ostacolati ed il visus sensibilmente diminuito.

Nessuna linfoghiandola del collo è apprezzabilmente aumentata di volume.

Arti superiori ed inferiori: Indenni.

Apparato respiratorio: Apici e seni costodiaframmatici liberi, respiro discretamente ampio, non si ascoltano rantoli nè sfregamenti.

Apparato cardiovascolare: Ictus della punta al margine superiore della sesta costola, sulla emiclaveare, toni un po' fiacchi, ritmici, puri. Polso elastico alla radiale (84 al m').

Addome: avvallato, cicatrice ombellicale bene infossata, fegato, reni, nelle loro sedi normali — la milza non è ingrossata — lo stomaco arriva con la grande curvatura a due centimetri sopra la ombellicale trasversa. Nulla alle regioni inguinali.

Organi genitali esterni: del tutto normali.

Diagnosi clinica: Neoplasma del fornice congiuntivale inferiore con interessamento di parte della congiuntiva tarsale inferiore.

Intervento chirurgico: In anestesia locale novocainica, si asporta ampiamente il tumore, intaccando la sclera dal lato bulbare, ed arrivando al trago sulla palpebra inferiore. La caruncola viene in parte asportata, compresa nella massa

tumorale. Si completa l'intervento cauterizzando, col Paquelin, il letto di impianto della neoformazione, e si medica lasciando in sito uno zaffo itiolato.

Il decorso post-operatorio fu dei migliori, in terza giornata rinnovo la medicazione che viene successivamente cambiata a giorni alterni. Rapida fu la riparazione, che avvenne in dieci giorni, se nonchè per la presenza di tessuto leggermente esuberante, in tutta vicinanza della caruncola effettuai una nuova cauterizzazione, seguita da instillazioni di soluzione di nitrato d'argento al 2 per cento iniziata in seconda giornata; dopo quest'ultima seduta, ed eseguite giornalmente. In pochi giorni il paziente lasciò l'Ospedale in ottime condizioni generali, il visus perfetto. La cosmesi assai soddisfacente. Rivedo il malato ogni tanto e lo trovo perfettamente guarito. Dal lato soggettivo il paziente continua ad affermare di non accusare alcun disturbo. Anche la motilità bulbare è perfetta.

Riproduco la fotografia dell'occhio operato eseguita nel gennaio 1933, a. XI, vale a dire, circa due anni dopo l'intervento (fig. 2).

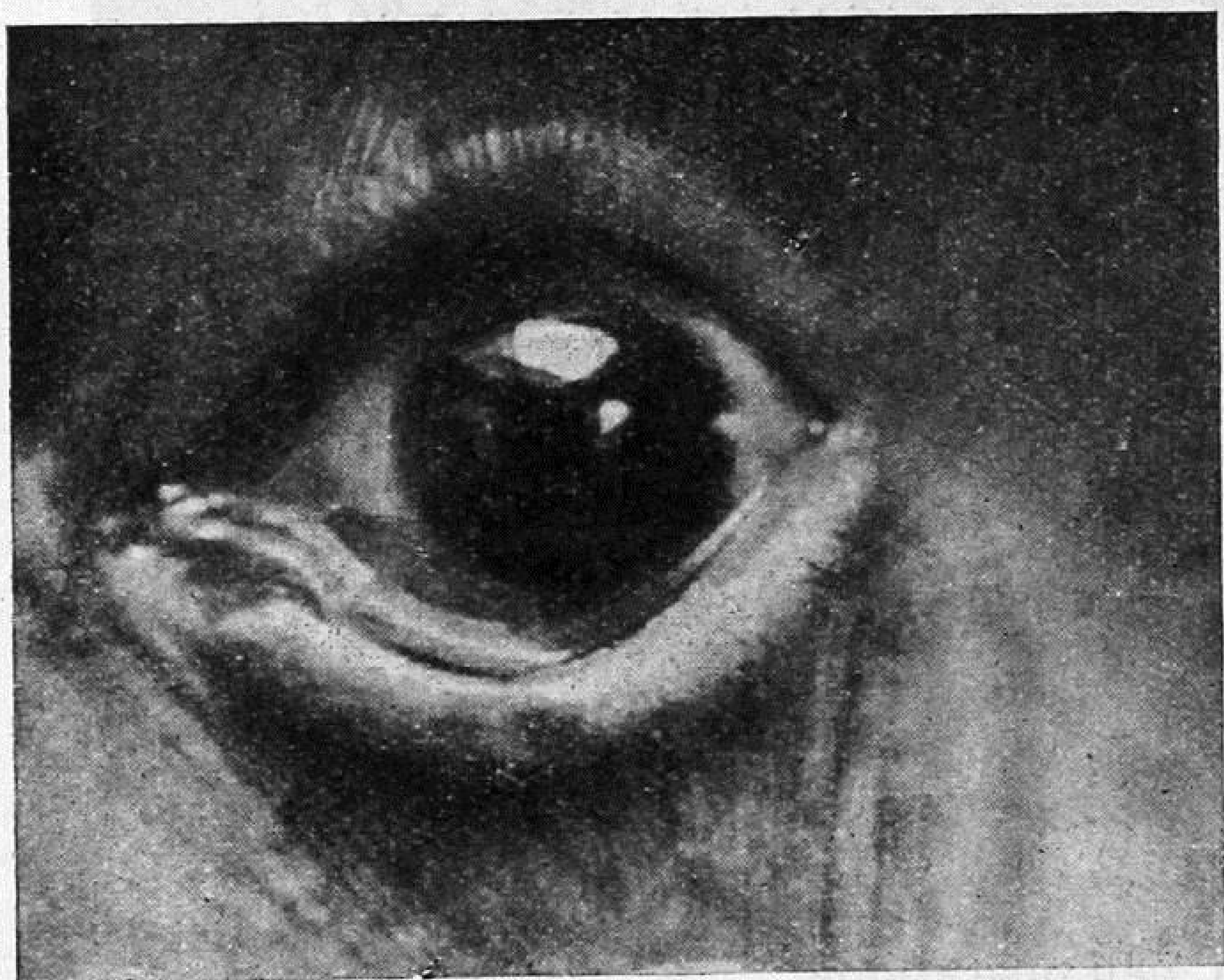


FIG. 2. — Fotografia dell'occhio sinistro del paziente eseguita circa due anni dopo l'intervento chirurgico.

Esame istologico: Allo scopo di avere una esatta diagnosi per l'eventuale trattamento ulteriore, allestii preparati istologici, includendo il pezzo (trattato con i comuni fissatori) in paraffina; per la colorazione usai il metodo dell'ematossilina Carazzi e dell'eosina.

Il reperto confermato dal Cagnetto fu il seguente:

Vascolarizzazione abbondante, presenza di cordoni cellulari che si intrecciano a rete, scarso il connettivo fibrillare di sostegno. Le cellule che formano i cordoni sono disposte a strati, spesso concentrici, al centro di essi sono nettamente visibili masse calcaree che si osservano con una certa frequenza, di forma varia. Gli elementi non sono fusiformi ma piuttosto piatti. Il tutto è nettamente circoscritto da una capsula connettiva.

Dopo le descrizioni istologiche di Golgi, Bizzozero e Bozzolo i quali ritengono che gli psammomi derivino dalle cellule a tipo nettamente endoteliale costituenti le trabecole di sostegno delle meningi, dura e pia, o dagli endoteli degli spazi linfatici, o dai peritelii vasali, Cornil e Ranvier vollero dimostrare l'origine degli psammomi unicamente dai vasi sanguigni. Il Guizzetti avrebbe anche riscontrato, nel centro di qualche corpo concentrico in formazione, corpiciattoli a tipo di globuli rossi, non riuscì mai però a mettere in evidenza la presenza di emosiderina.

Nel mio caso credo si possa fare diagnosi di psammoendotelioma o psammoangioendotelioma, e in una sede così strana debbo verosimilmente ammettere che il tumore abbia avuto origine dai peritelii dei vasi sanguigni che si dimostrano nel mio caso notevolmente abbondanti. Le formazioni calcaree sarebbero originate da elementi endoteliali che, dopo avere subito un processo di degenerazione jalina, vengono fatti sede di depositi di sali calcarei.



FIG. 3. — La cosmesi è, si può dire, perfetta.

Riproduco la fotografia del paziente eseguita nel febbraio 1933 (fig. 3).

Dal lato della recidiva, tenuto conto del tempo ormai trascorso dall'intervento chirurgico, si può, a mio avviso, essere relativamente tranquilli e considerare la guarigione perfetta anche e specialmente dal lato funzionale.

RIASSUNTO.

L'A. illustra clinicamente ed anatomopatologicamente un caso di psammoangioendotelioma della congiuntiva il quale molto verosimilmente ebbe origine dai peritelii dei vasi sanguigni. Dopo l'operazione si ebbe guarigione completa che persiste ancora dopo oltre 2 anni. È questo il primo caso di psammoma della congiuntiva che sia stato illustrato.

BIBLIOGRAFIA.

Albrecht. Frank. Zeitsch. f. Path., 1909.
Baastrup, und Nielsen. *Roentgen ray examination und treament in a case of psammom peritoneal papilloma.* Acta radiologica, Bd. 4, Hift 6, n. 22, S. 603-607, 1925.
Badshiew C. J. *Zwei Fälle von Psamniom der Rückenmarkshäute.* Sammlung von Arbeiten Prof. Kischenski gewidmet. Odessa 1910.
Barbacci O. I tumori, 1915.
Bizzozero e Bozzolo. *Studî sui tumori primitivi della dura madre.* Rivista Clinica, 1873.
Boattini G. *Di un raro tumore primitivo dei surreni.* Arch. It. di Chir., 1927, pag. 233-248.
Borst M. *Die Lehre von den Geschwülsten*, 1905.
Id. *I tumori*: capitolo di Aschoff, vol. I, pag. 741, 1914.
Cordua R. *Multiple Psammomkörnerbildung im Netz der Serosa den Tüben bei Pelveoperitonitis, ecc.* Virchow's Arch., B. 262, S. 783.
Cornil e Ranvier. *Histologie Pathologique*, 1906.
Eicken. Schweiz. med. Wochensch., J. 52, n. 21, 1927.
Golgi C. *Sulla struttura e sullo sviluppo degli psammomi.* Il Morgagni, 1869, pag. 874.
Guizzetti P. *Trattato anat. pat.*, U.T.E.T., 1922.
Lunghetti. *I tumori .Trattato anat. pat.* U.T.E.T., 1923.
Mallory F. B. *The princ. of Pathol. Histology*, 1914
Newmark-Sherman. *Success. remov. of an intradural tumor from the spinal canal.* California Journ. of med., vol. II, n. 3, pp. 103-107, 1913.
Ribbert H. *Geschwülstlehre.* Bonn, 1904.
Schuster e Erna. Zeitsch. f. Augen. Bd. 63, H. 1-2, 1927.
Tarozzi G. e Baggi G. *Sullo psammoma e sui tumori delle meningi cerebrali.* Tumori, anno X, fasc. 1, 1923.
Virchow. *Das Psammoma.* Virchow's Arch., vol. 70, 1910.
Winkler *Psammoma der Haut.* Ibid., vol. 168. 1904.

NOTE E CONTRIBUTI.

Sull'influenza dell'infezione malarica sul decorso del diabete.

Dott. Rosa Mallia Guglielmo
Medico chirurgo condotto
in S. Croce Camerina (Ragusa).

I rapporti tra diabete e tubercolosi, tra diabete e sifilide, in questi ultimi anni, sono stati trattati da parecchi autori, sia in pubblicazioni più o meno dettagliate che in congressi. Non credo, invece, che così sia stato fatto per i rapporti tra diabete e malaria e, per esser più precisi, dell'influenza che può avere l'insorgere di una malaria, sul corso del diabete.

Infatti avendo sfogliato la letteratura di questi ultimi anni, per la ricerca bibliografica al riguardo, ed avendo esaminato con attenzione gli indici dei principali giornali di medicina italiani e di qualcuno estero, quasi niente ho trovato che possa riguardare il titolo di questa noterella pratica.

A questa deficienza, contribuisce forse il fatto che, se la tubercolosi e la sifilide sono di tutti i posti, non è così della malaria, e quindi le probabilità di osservazione (da parte dei medici che amano scriver qualche cosa) della sopravvenienza di una malaria su un diabete, sono minori di quelle che con le altre suddette malattie. La bibliografia invece non è scarsa ai riguardi dell'origine malarica di una glicosuria o addirittura di un diabete.

Infatti nel congresso internazionale per la malaria, fatto ad Algeri nel maggio 1930 (recensione in *Riforma Medica*, n. 33 ed in *Policlinico* - Sezione pratica, n. 31, 1930) Tamalet riferì di aver osservato nei malarici la frequenza di glicosurie benigne, dipendenti da alterazioni funzionali del pancreas o del fegato.

Il dott. Amorelli-Rizzuto, in *Rivista Medica*, n. 9, 1930, sotto il titolo « Può la malaria provocare il diabete mellito? », descrive due casi di diabete dipendenti da infezione palustre, dei quali il primo portava da anni una larvata malarica, casi guariti con la cura antimalarica, perchè appunto dipendenti dalla infezione palustre. Egli accenna ad una buona schiera di autori che hanno scritto sui casi di diabete malarico, compresi quelli esposti dal nostro conterraneo Piazza Martini, minuzioso cultore di malariologia.

Ma non è di queste forme quindi, che io, qui. intendo parlare, ma ripeto, dell'effetto

che può avere il sopraggiungere della malaria su un diabetico.

Ho osservato due casi del genere e ritengo utile la breve pubblicazione di essi.

Il 1° caso riguarda un ex-operaio, ora benestante, che fu circa trenta anni in America del Nord. Egli (mi si consenta di omettere persino le iniziali, dato che non siamo in una città) ora conta 54 anni di età. Circa dieci anni fa si ammalò di diabete, a Paterson, e fu curato da parecchi sanitari, appunto per tale malattia. Rimpatriato definitivamente qui, nel 1929, a godersi il meritato riposo ed i frutti del suo lavoro e del suo risparmio, fu da me visitato pochissimo tempo dopo dell'arrivo, cioè nell'estate di detto anno. Presentava, se non mal ricordo, il 50 ‰ di glicosuria e circa il 2 ‰ di glicemia, oltre a parecchie note cliniche del diabete mellito. Poichè nell'anamnesi remota, compariva una lue, contratta da giovanotto in America, e curata discretamente lì stesso, io pensai ad un diabete di natura luetica.

Nessun giovamento ebbe dalla cura specifica; si giovò invece dell'insulina per iniezioni e della dietetica opportuna, sospesi i quali trattamenti, lo zucchero gradatamente ricompariva, crescendo.

Nel luglio 1931 contrasse l'infezione malarica, sorvegliando certi lavori di campagna, in località malarica (contrada Baccanese). Forma: terzana. Oltre a discreta splenomegalia, si ebbe il quasi abituale interessamento del fegato, non solo con l'epatomegalia, ma anche con tinta sub-itterica della cute, urobilina, ecc. nell'urina. Fatta la cura antimalarica con una specialità farmaceutica a base di chinino, in una analisi di urina, osservai che lo zucchero era del tutto assente, pur non essendo stato da tempo sottoposto il paziente a cure insuliniche e antidiabetiche in genere. In periodo di apiressia esaminai, anzi, ripetutamente, anche la glicemia, a digiuno, che si presentò sempre normale. Egli guarì della malaria dopo circa sei mesi di cure ed ebbe soltanto qualche piccola recidiva nell'estate del 1932. In tutto il periodo dell'infezione malarica, non si ebbe nè glicosuria nè glicemia. Anzi, questo stato di cose, benigno per il diabete, si protrasse fino ai primi mesi del 1933. Però ora da qualche mese, avendo egli accusato del malessere, ed avendolo io visto un po' defedato, esaminatagli l'urina ed il sangue, ho trovato di nuovo glicosuria (40 ‰) ed iperglicemia (a digiuno 1,45 ‰). C'è da calcolare che egli stette quindi senza manifestazioni diabetiche per più di un anno e mezzo.

Discussione: Chi apportò la temporanea guarigione del diabete? La cura antiluetica fatta prima dell'infezione malarica? Al certo no. Il soggetto era (ed è di nuovo) diabetico, non per diabete da lue, perchè sia in America che qui (prima della malaria) sarebbe o guarito o sensibilmente migliorato con la cura specifica. A meno che non si voglia pensare che l'involontaria malarioterapia, abbia agito sopratutto nel pancreas (ed anche sul fegato) così come agisce sul tessuto nervoso, nella paralisi progressiva. Ma questa ipotesi, nel nostro caso, non mi pare che si possa impiantare solidamente, non solo per la differenza dei fatti anatomo-patologici, ma anche per la differenza dei tessuti.

Il 2° caso riguardava un vecchio agricoltore, ora morto, per broncopolmonite, con sindrome cardiorenale. Egli, certo S. G., diabetico da qualche anno, mai luetico, contrasse la malaria, ma in forma lieve, cioè obbediente alle cure, l'anno scorso in estate, nelle adiacenze del paese. Anche in lui, scomparsa della glicosuria e della glicemia. La malaria fu curata con il solo chinino e la cinconina. L'osservazione fu seguita fino alla sua morte avvenuta questo inverno, credo in gennaio u. s.

Ed ora alla principale obbiezione: È stato il chinino a far ciò? Rispondo subito che, un po' per quanto avevo letto sul chinino, come coadiuvante della cura del diabete (Low e Pfeifer, Paolini, Gherardini), e sopratutto in seguito al risultato avuto sul primo suesposto ammalato, intrapresi degli esperimenti in tre diabetici. A due di essi feci usare il chinino per bocca, ad uno praticai delle iniezioni di mezzo grammo la volta. Prelevavo il sangue e l'urina sempre allo stesso orario e suggerivo io, sempre, il cibo e l'orario dei pasti. Non ottenni, in nessuno dei tre, alcuna diminuzione di glicosuria o della glicemia. Anzi, visto ciò, colui cui praticavo le iniezioni si rifiutò di continuare a farsi pungere con il doloroso chinino. Escludendo quindi l'eventuale azione benefica di questo farmaco, è da pensare che proprio il beneficio l'abbia dovuto apportare la malaria, la quale avrà agito senza dubbio, per il meccanismo consimile a quello della piressia reattiva, sulla quale oggi l'industria farmaceutica ha basato la creazione di parecchie specialità, e non al certo per una speciale azione del parassita malarico sulla cellula pancreatica ed epatica.

Il prof. Giordano, in una lezione fatta nell'Ospedale Civile di Venezia, descrive il caso di una vecchia diabetica con complicanze diabetiche ai piedi, trattata con la piretoterapia (*Rivista Sanitaria Siciliana*, n. 20, 1932).

Da quanto ho esposto, si può arrivare quindi alle seguenti conclusioni:

1) Che la malaria esercita una benefica influenza sul decorso del diabete, con il meccanismo della « piressia reattiva ».

2) Che questa ora detta terapia merita di essere divulgata nei diabetici, sieno pur essi in condizioni non tanto floride di salute, nel qual caso si procederà con un po' più di attenzione e cautela.

RIASSUNTO.

L'A. parla brevemente dell'azione benefica della malaria sul decorso del diabete, benefica a causa del meccanismo della piressia reattiva.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

OSPEDALE DEL LITTORIO - ROMA.

La misura della temperatura superficiale a mezzo del Dermatherm di Tyco.

A. CHIASSERINI, chirurgo primario.

La misura della temperatura superficiale e delle sue variazioni spontanee o artificialmente provocate ha assunto oggi una notevole importanza clinica, quale mezzo indiretto per studiare le condizioni della circolazione di alcune parti del corpo, sopratutto degli arti.

Si può anzi affermare che tali determinazioni, eseguite in speciali condizioni, rappresentano un ausilio diagnostico e prognostico di primo ordine in quel gruppo di forme morbose, caratterizzato da una deficiente o irregolare irrorazione sanguigna degli arti.

La temperatura cutanea è il risultato del rapporto fra il calore portato dal sangue circolante o derivato dai tessuti profondi (muscoli) e quello ceduto per irradiazione o evaporazione.

Tenendo costanti le condizioni fisiche esterne, finchè si sia stabilito un certo equilibrio, e misurando la temperatura su di un individuo in riposo e su zone che non ricoprono spessi fasci muscolari, si ottengono dati, che sono in stretto rapporto con la circolazione locale.

Il metodo pletismografico e quello calorimetrico usati in fisiologia per lo studio della circolazione sanguigna periferica non sono di facile applicazione in Clinica, quando la determinazione riguardi zone limitate. Assai più adatta si mostra invece la determinazione della temperatura superficiale, quando si abbiano strumenti idonei allo scopo.

Le determinazioni da noi fatte sino ad oggi, prima nell'Ospedale di Venezia, indi in quello del Littorio in Roma sui malati sofferenti di affezioni trofico-vascolari degli arti furono eseguite con un comune termometro cutaneo. Istrumento questo che non è affatto adatto a misurazioni così delicate, sia per la difficoltà di applicarlo su piccole zone periferiche (dita), sia per il tempo richiesto dalle misurazioni.

Recentemente però l'Amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma, aderendo alla mia richiesta, ha fatto acquistare uno dei più moderni e perfetti misuratori della temperatura cutanea: il Dermatherm di Tyco, che in America è stato già largamente sperimentato dai chirurgi che si occupano della cura delle affezioni vascolari periferiche.

Il Tycos Dermatherm (fig. 1) è un istrumento termoelettrico destinato alla rapida ed accurata determinazione della temperatura del corpo.

È formato da quattro termocoppie unite in serie in modo da formare una termopila, i cui estremi sono connessi con uno speciale millivoltometro il quale permette la lettura in gradi centigradi.

Questa si può eseguire in meno di 10 secondi.

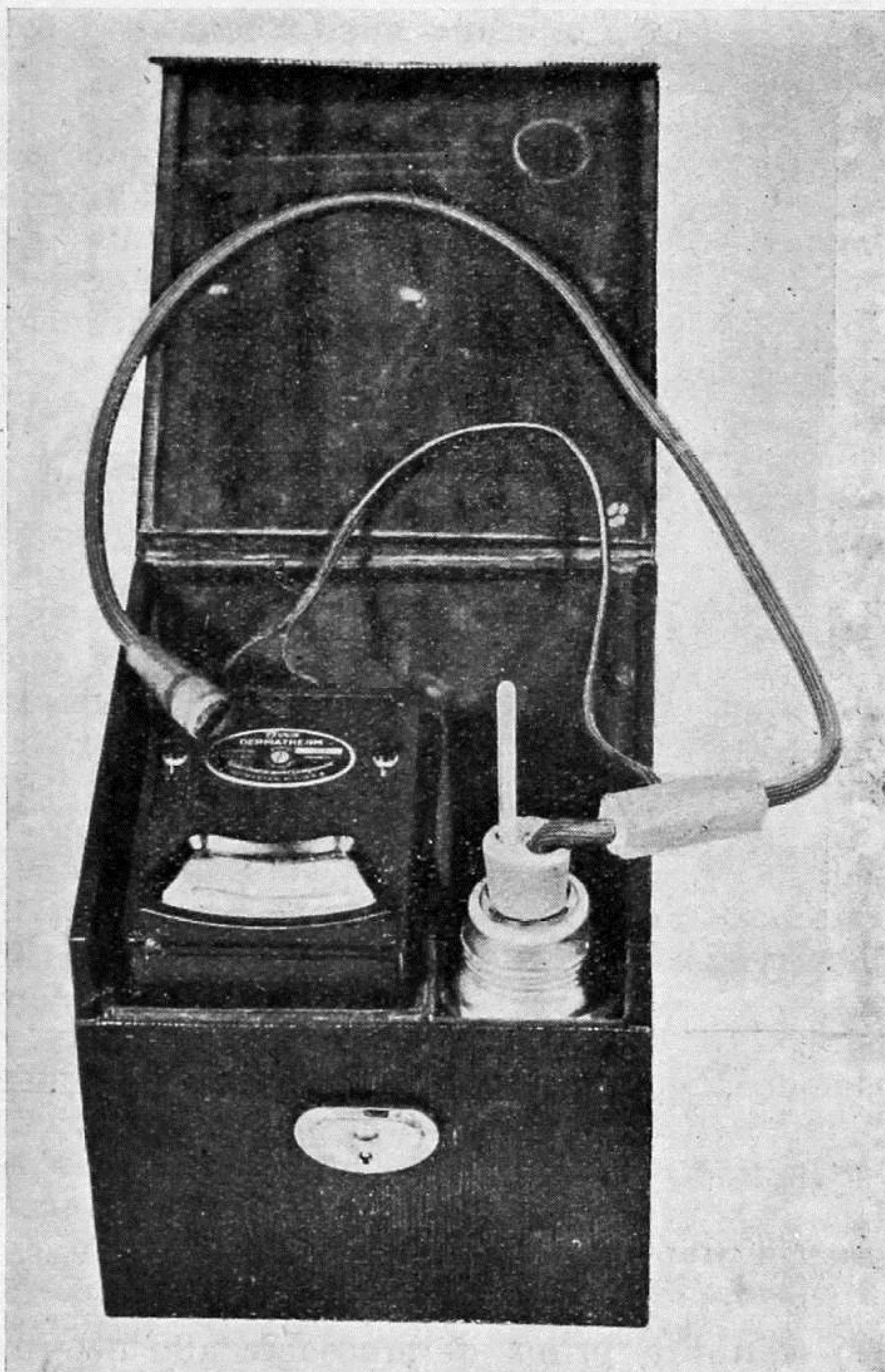


FIG. 1.

La cifra, su cui viene a fermarsi l'ago del millivoltometro, indica la differenza di temperatura fra i due estremi della termopila, di cui uno è mantenuto ad una temperatura costante nota in una bottiglia thermos, l'altro è applicato su di un dato punto della cute (fig. 2).

La temperatura in gradi letta sulla scala del millivoltometro è aggiunta o sottratta da quella segnata dal termometro immerso nel thermos. Il risultato segna la misura della temperatura cutanea.

È necessario eseguire le determinazioni in un ambiente la cui temperatura sia fra 18° e 24°.

Quando la temperatura ambiente si avvicina ai 30°, la differenza con la temperatura del sangue diviene troppo piccola, perchè si possano verificare rapide variazioni in rapporto con modificazioni circolatorie locali; quando al contrario la temperatura ambiente è molto bassa si avverano fenomeni di vasocostrizione.

Il paziente completamente nudo deve essere tenuto nella camera da misurazione per almeno 30 minuti, affinchè la temperatura cutanea

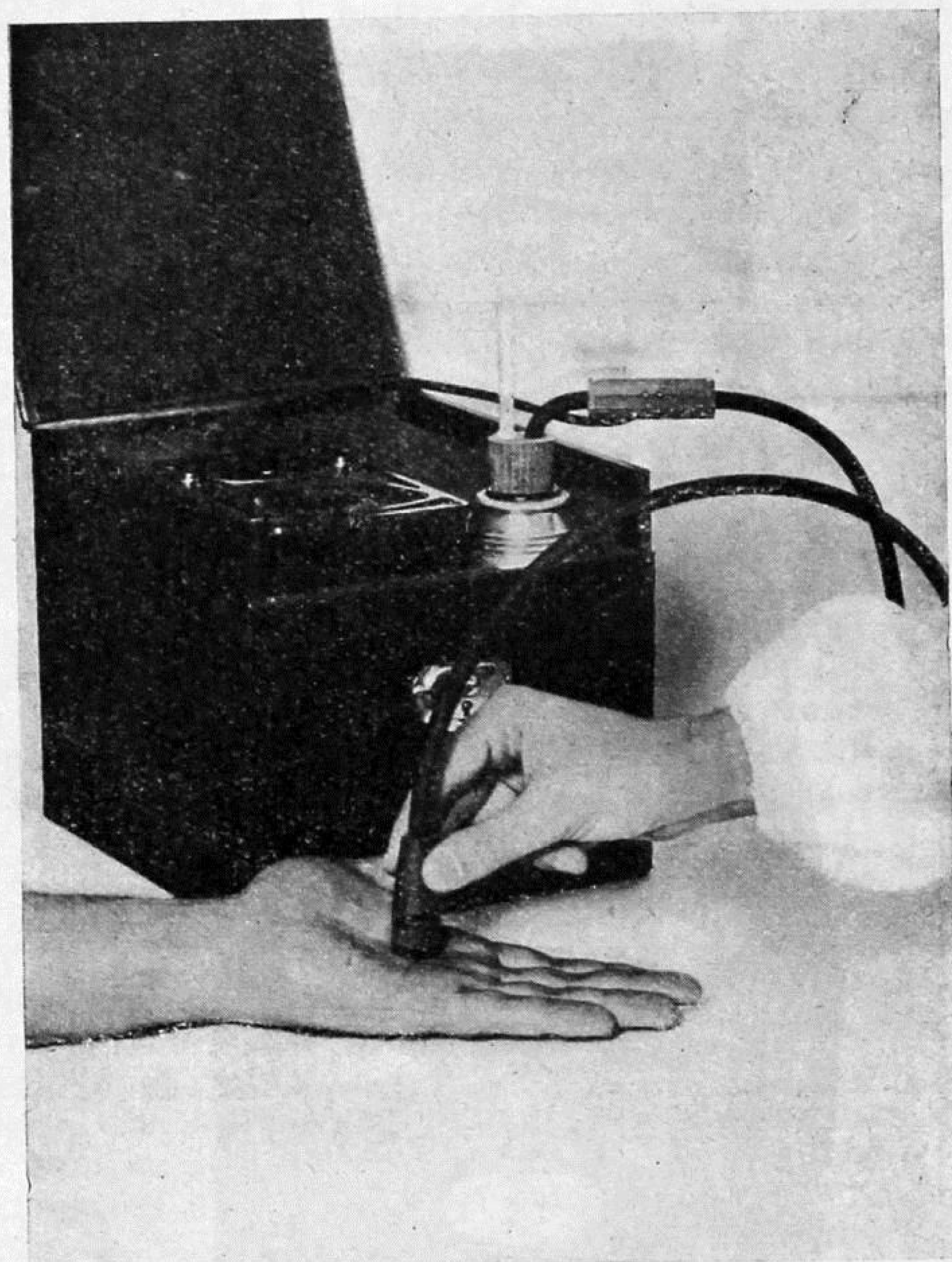


FIG. 2.

si equilibri, prima di procedere alle determinazioni.

Io e il mio Assistente dott. Ugelli ci siamo serviti del Dermatherm di Tyco già in numerosi casi. Esso semplifica e rende preciso un procedimento diagnostico, del quale non si dovrebbe fare a meno quando si debba giudicare del trattamento di affezioni trofico-vascolari degli arti.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver ricordato l'importanza assunta dalle misurazioni della temperatura cutanea nello studio delle condizioni della circolazione degli arti, descrive il Dermatherm di Tyco, istrumento termo-elettrico, che permette una rapida ed accurata determinazione della temperatura superficiale.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La spirochetosi meningea.

(G. TROISIER. *Rif. Med.*, 1 aprile 1933).

La spirochetosi meningea, a differenza della forma ittero-emorragica, il cui sintomo cruciale è l'ittero, non è accompagnata da itterizia, ma soltanto da una reazione meningea; tuttavia essa, dopo inoculazione alla cavia, può riprodurre sperimentalmente un ittero mortale del tutto simile a quello della spirochetosi ittero-emorragica.

L'inizio è sempre brusco ed il malato può precisarne quasi l'ora, poichè talvolta è caratterizzato da un brivido imponente, seguito da un'ascensione rapida della temperatura a 40°. La cefalea è in genere il primo sintoma ad apparire, immediatamente accompagnato da rachialgie e mialgie.

Il periodo di stato si stabilisce quasi d'un tratto: generalmente è questo il momento in cui si vede il malato e nel quale si dovrà sospettare la diagnosi fondandosi sulla associazione di una triade sintomatica (sindrome meningea, erpete, iniezione delle congiuntive) unita alle nozioni etiologiche.

I segni funzionali sono quelli di una sindrome meningea (cefalea intensa, talora atroce, rachialgia, mialgia, vomito di tipo cerebrale, diarrea).

I segni fisici sono essenzialmente di tre ordini ed il loro insieme impone quasi la diagnosi ad uno spirito avvertito: sindrome meningea, erpete, segni oculari.

La sindrome meningea non manca mai, pur potendo variare d'intensità e non presenta elementi che la caratterizzino. La presenza dell'erpete, permette di circoscrivere le ricerche etiologiche; la spirocheta ittero-emorragica, come il meningococco, fa « sortire » il virus erpetico. Disgraziatamente l'erpete è segnalato solo in un quarto dei casi; esso appare fra il 1° e il 6° giorno di malattia a sede periorale o nasale, talvolta palpebrale e può presentarsi anche in due riprese successive.

I segni oculari sono esclusivi della spirochetosi. L'iniezione delle congiuntive, analoga a quella delle forme ittero-emorragiche, è precoce (1° e 2° giorno), dura da due a dieci giorni, poi scompare progressivamente; è spesso accompagnata da fotofobia e dolorabilità alla pressione dei globi oculari.

Sono questi i sintomi essenziali della spirochetosi meningea, accanto ai quali altri ve ne sono non trascurabili. Così lo stato infettivo di media intensità, la temperatura oscillante fra i 38° ed i 40° e che dura da 7 a 9 giorni, il polso dissociato rispetto alla temperatura, la pressione arteriosa bassa.

Una nota abbastanza speciale e ben caratteristica delle spirochetosi è data dalle emorra-

gie, in generale discrete, rappresentate sopratutto da epistassi.

L'esame del sangue può rilevare una lieve anemia con abituale moderata leucocitosi con polinucleosi relativa.

L'esame sistematico del malato mette in evidenza qualche segno accessorio che si deve sempre ricercare (alterazione dei riflessi, dolenzia alla pressione del fegato, disturbi renali modici, a differenza della spirochetosi itteroemorragica che sopratutto è una epato-nefrite).

L'evoluzione è caratterizzata dalla ricaduta, la cui importanza diagnostica è veramente considerevole poichè la si osserva nel 70 % dei casi. La ricaduta sopravviene di regola dal 14° al 23° giorno di malattia e talora può essere doppia o anche tripla. La durata media della ricaduta è di 8-9 giorni, caratterizzata da una elevazione regolare, ciclica della temperatura. Possono riapparire, generalmente attenuati, tutti i sintomi meningei: eccezionalmente sono più intensi che nel periodo di stato.

La convalescenza è semplice: si nota qualche volta alopecia a chiazze, del tipo sifilitico, analoga a quella descritta nella forma itterica ed un'anemia più o meno duratura.

Vicino a questa forma pura di spirochetosi meningea si possono osservare delle varietà cliniche che costituiscono la transizione con la spirochetosi ittero-emorragica. Tale la forma *meningo-subitterica*, che è la più frequente, caratterizzata da una reazione meningea molto intensa e da un subittero che indica una bilirubinemia discreta. Quest'ittero compare dal 4° al 10° giorno di malattia, dura in media da due a cinque giorni: nelle urine si trovano sali biliari e urobilina. Il fegato può essere dolente, il rene è un po' più colpito che nella forma meningea pura (albuminuria, ematuria microscopica, cilindruria e talvolta azotemia discreta).

La forma *meningo-renale* presenta un'evoluzione più tumultuosa. La sindrome meningea è molto intensa, ma ciò che sopratutto colpisce è la lesione renale che domina il quadro.

Quale che sia la forma clinica, la puntura lombare è indispensabile per accertare la diagnosi di meningite. Il liquido è quasi limpido, a pressione aumentata. La reazione istologica varia secondo la data di puntura; durante i primi quattro giorni è nulla o debole, dal 5° al 14° giorno si possono contare da 200 a 300 elementi per mmc., dopo il 15° giorno è sempre inferiore a 75 elementi. Durante la ricaduta si può osservare un aumento della reazione cellulare.

La formula citologica del liquor è abbastanza particolare: all'inizio mista, talora con predominio di polinucleari, evolve a partire dal 12° giorno verso la mononucleosi quasi pura.

Frequente è la presenza dei globuli rossi. L'esame chimico mostra una cifra di albumina inferiore in genere alla cifra che ci si attenderebbe dato il numero di leucociti. I cloruri sono quasi normali, al contrario di quanto si osserva nella meningite tubercolare. Normale o leggermente aumentata la glicorachia. La Wassermann è negativa, la reazione al benzoino colloidale dà una precipitazione nella zona meningea, contrastando così con la Wassermann negativa.

La presenza della spirocheta ricercata direttamente nel sedimento di centrifugazione del liquor, benchè teoricamente seducente, è in realtà di osservazione delicata data la scarsezza dei germi.

Il quadro clinico della spirochetosi meningea confermata dalla puntura lombare, è veramente suggestivo, ma la ricerca dell'etiologia non deve mai essere dimenticata nell'interrogatorio anamnestico. La spirochetosi meningea è una malattia dell'uomo giovane e ciò sopratutto a causa delle professioni che vi predispongono; essa insorge con maggior frequenza in primavera ed in autunno specie da luglio ad ottobre, stagione propizia alla balneazione.

La contaminazione idrica ha infatti un'importanza considerevole. Le professioni che favoriscono la malattia sono quelle che pongono i soggetti in contatto con acque inquinate da deiezioni di ratti, che sono gli animali serbatoio del virus spirochetico, e cioè macellai, raccoglitori di sabbia di fiumi, sguatteri, operai che lavorano in pozzi o nelle fogne. Si può anche osservare la spirochetosi nei bagnanti di piccoli fiumi o di piscine.

La diagnosi positiva di spirochetosi, l'unica che può permettere di affermare con sicurezza la natura della meningite, la si può fare in più maniere:

1. *Inoculazione del sangue o del liquor nella cavia.* Positiva solo all'inizio della malattia, in genere nei primi tre giorni. Il liquor è in genere più virulento del sangue e si mantiene anche più a lungo tale.

2. *Ricerca diretta delle spirochete nel sedimento delle urine* (dal 7° al 19° giorno di malattia): tecnica lunga, minuziosa, che occorre ripetere frequentemente per avere un risultato positivo.

3. *Inoculazione di urina alla cavia.* Ogni giorno, dalla fine della prima settimana alla fine della terza, si inoculano cmc. 2 di urina sottocute ad una o più cavie; procedimento questo sicuro e più fedele d'ogni altro, dato che l'inoculazione del liquor è divenuta già negativa quando il medico è chiamato al letto del malato.

4. *Ricerca degli anticorpi.* La siero-diagnosi di Martin e Pettit si mostra positiva assai precocemente, di già in 8ª giornata, a tassi molto elevati (1/30.000 - 1/100.000). L'agglutinazione con il liquor è positiva a diluizioni minori (1/200). La siero-agglutinazione persiste positiva lungo tempo dopo la malattia.

5. *La ricerca delle immunisine* conferma il risultato della siero-diagnosi.

6. *La cultura di una quantità minima di sangue* (cmc. 0,2) in siero di coniglio diluito

1/6, tecnica che nelle mani di AA. tedeschi ha dato eccellenti risultati.

Quanto alla diagnosi differenziale, la meningite meningococcica raramente dà liquor limpido, mentre la cultura o l'esame diretto mettono in evidenza i germi specifici; la meningite otitica si rivela per l'anamnesi e per la constatazione di focolai infettivi; la meningite tubercolare offre un quadro ben differente; la meningite sifilitica del periodo secondario è riconoscibile per le circostanze in cui insorge e per le reazioni biologiche; la meningite erpetica più che un'entità nosologica sembra un gruppo assai confuso di stati meningei accompagnati da erpete e, per ammetterla bisogna escludere tutte le altre forme ad etiologia sicura, compresa la spirochetosi; la meningite da parotite epidemica potrà entrare in discussione quando è primitiva o autonoma e la nozione di contagio può in questi casi dirimere il dubbio.

La prognosi è benigna. La cura comporta un certo numero di pratiche precise: ripetute rachicentesi, vescica di ghiaccio in permanenza sulla testa, bismutoterapia. C. TOSCANO.

Trattamento dell'ascesso cerebrale di origine otitica.

(PORTMANN et DESPONS. *Bordeaux Chirurgical*, luglio 1933).

Fra le complicazioni dell'otite media suppurata, acuta generalmente nel bambino e cronica nell'adulto, l'ascesso cerebrale è una delle più gravi. La diagnosi ne è delicata a causa della rarità con la quale si trovano riuniti, nel medesimo individuo, i sintomi caratteristici; spesso la presenza di qualcuno di essi e, più raramente, anche di uno solo, imporranno una esplorazione.

Sintomatologia. — *a*) Sintomi d'ipertensione cranica: cefalea profonda, a tipo costrittivo. Rallentamento del polso. Vomito, non costante, ma caratteristico. Torpore, obnubilazione intellettuale. Stasi papillare.

b) Sintomi di suppurazione cerebrale: il dimagramento è il fenomeno più costante e più caratteristico. La febbre è, in genere, poco elevata (37,5-38).

c) Sintomi di localizzazione: i più caratteristici sono i disturbi afasici che compaiono però, solamente allorchè l'ascesso è localizzato a sinistra. Ad essi possono associarsi dei sintomi meningei: lieve rigidità nucale, accenno al Kernig. I segni di irritazione meningea divengono imponenti in caso di apertura dell'ascesso nello spazio subaracnoideo.

Il coma, sintoma generalmente terminale, può viceversa, qualche volta, iniziare bruscamente il quadro morboso; in questi casi si deve intervenire immediatamente.

Il « liquor » limpido o leggermente torbido, presenta linfocitosi, aumento del tasso di albumina, assenza di microbi.

Tecnica operatoria. — L'anestesia sarà generale, cloroformica, o locale se le condizioni del paziente sono inquietanti. Se è sopravvenuto il coma si farà a meno dell'anestesia.

Gli AA. hanno adottato la via petro-mastoidea come quella di accesso più diretto e che assicura il drenaggio migliore; praticano la mastoidectomia o lo svuotamento petro-mastoideo a seconda che si tratti di un'otite acuta con mastoidite o di un'otite cronica. Nel primo caso le meningi vengono scoperte a livello del tetto dell'antro; anche a livello del tetto dell'aditus e della cassa nel secondo. Può accadere, durante questo tempo, che l'ascesso venga aperto, ciò è però eccezionale. La dura madre appare tesa, biancastra, ispessita e non pulsante; attraverso il punto di tensione maggiore si pratica la puntura esplorativa del lobo temporale. Individuato l'ascesso si lascia l'ago in posto e si apre la raccolta sulla sua guida. Vengono poi introdotti nella cavità, a scopo di drenaggio, due tubi di gomma sottili, ma resistenti abbastanza per non essere schiacciati dalla compressione dell'encefalo.

Può accadere che la puntura esplorativa del lobo temporale, anche ripetuta, non dia esito a pus. In questo caso, se si era in dubbio sull'esistenza dell'ascesso, si potrà temporeggiare in attesa del risultato della trapanazione decompressiva che, qualche volta, è meraviglioso. Se viceversa la sintomatologia è in favore dell'ascesso sarà opportuno ricavarlo nel cervelletto.

Grande importanza hanno le medicature che saranno quotidiane. Le pareti della cavità saranno accuratamente ispezionate per scoprire eventuali diverticoli o raccolte secondarie. Se sono in sfacelo, se la cavità è di odore fetido, verrà medicata con Dakin diluito; altrimenti ci si limiterà a rimettere in posto i tubi di drenaggio. Questi verranno rinnovati finchè la cavità non sia molto ridotta; verranno allora sostituiti con un tamponcino al vioformio.

Con questa linea di condotta gli AA. hanno potuto evitare la massima parte delle complicazioni. L. FERRETTI.

La catena gangliare del trapezio e le nevralgie del plesso brachiale di origine dentaria.

(J. VEYRASSAT. *La Presse Médicale*, 1 luglio 1933).

L'importanza dell'infezione dentaria come causa di malattie, sia locali che generali, viene oggi, in linea di massima, riconosciuta per merito dei lavori degli stomatologhi, specialmente anglo-sassoni. L'A. richiama ora l'attenzione sull'origine dentaria di alcune nevralgie del plesso brachiale la cui guarigione

definitiva si può ottenere con la semplice estrazione del dente colpevole. La lesione dentaria provoca i fenomeni nevralgici per mezzo della compressione dei tronchi nervosi da parte di gangli linfatici ingorgati. Anche per il passato era stato citato qualche raro caso di paresi del facciale e del ricorrente, di tale origine; Rouvière ha messo in evidenza una catena linfatica « *del nervo spinale* » che decorre lungo la branca esterna di questo nervo dalla parte superiore della regione sterno-cleido-mastoidea alla faccia profonda del trapezio. Questa catena, che alla sua origine si fonde con la parte più alta della catena giugulare, ha rapporti stretti con il nervo spinale durante tutto il suo decorso. Si comprende quindi come l'ingorgo dei gangli che la compongono possa dar luogo a torcicollo.

La « catena dello spinale » si continua poi lungo il margine anteriore del muscolo trapezio, con un importante gruppo gangliare descritto anch'esso da Rouvière: « *la catena del trapezio* » che discende fino alla parte posteriore del cavo sopraclavicolare, ove prende contatto con i cordoni del plesso brachiale. Anche in questo caso l'adenite degli elementi che compongono questa catena può dare origine a fenomeni dolorosi nel territorio del plesso suddetto.

Ora tutte queste infiammazioni gangliari sono la conseguenza diretta di affezioni bucco-dentarie e sopratutto della carie.

L'A. ha ottenuto la guarigione radicale, in un periodo di pochi giorni, di due casi di nevralgia del plesso brachiale che si accompagnava ad ingorgo di linfoglandole lungo il margine anteriore del trapezio, mediante l'estrazione dei denti cariati. L. FERRETTI.

ITTERI.

Ittero semplice, ittero catarrale, ittero endemico o epidemico.

(TH. BRUGSCH. *Münch. Mediz. Woch.*, 12 maggio 1933).

Per quanto l'ittero catarrale abbia di solito decorso clinico lieve, pure è nota a ciascun clinico la possibilità di trasformazione dell'ittero catarrale in una forma acuta, subacuta e subcronica di atrofia epatica. Così anche l'ittero epidemico, che si manifesta quasi sempre sotto forma di ittero semplice, può di tanto in tanto mostrarsi come ittero grave. Che cosa è l'itt. cat. e che cosa l'itt. ep.? Sono ambedue la stessa cosa e cioè l'ittero cat. la forma sporadica dell'ittero epidemico? È l'ittero catarrale una malattia infettiva che può assumere andamento epidemico? Una risposta a questi problemi, basata su osservazioni cliniche accurate, è molto importante sia dal punto di vista prognostico che curativo.

Molto recentemente Ruge, basandosi sullo studio di circa 2500 casi di itterizia nel 3 % dei quali avrebbe isolato dalle feci germi del gruppo tifo-coli, è venuto alla conclusione che la causa etiologica dell'itterizia catarrale sia da ascrivere ad un germe molto vicino al gruppo tifo-coli.

L'A. è invece convinto, in base alla sua ampia esperienza, che l'ittero catarrale non sia affatto una malattia infettiva *sui generis*, avente cioè carattere infettivo unitario. Il reperto di Ruge del 3 % di eliminatori di bacilli tifo-paratifo si può benissimo spiegare ammettendo che quegli individui fossero dei portatori. Bisogna poi anche ricordare che nel quadro del tifo e del paratifo l'itterizia è una ben rara complicazione, vale a dire è quasi sempre secondaria.

Ma è proprio sicura l'etiologia infettiva dell'ittero catarrale? Ad una tale questione è possibile rispondere soltanto mediante l'accurato studio clinico degli ammalati itterici, studio clinico che non si riduce soltanto alle ricerche batteriologiche, ma deve comprendere anche un'accurata anamnesi e l'esame del succo duodenale estratto con la sonda. Secondo l'esperienza dell'A. non esiste una etiologia specifica infettiva dell'ittero catarrale, come si ha invece per es., nell'ittero infettivo di Weil.

L'esame del succo duodenale degli itterici, siano essi affetti da ittero grave o da ittero semplice, ha dimostrato l'esistenza di un catarro duodenale, manifestantesi con un aumento della flora intestinale, con desquamazione dell'epitelio duodenale e con la presenza di leucociti. Tale catarro duodenale non è affatto caratteristico per l'ittero semplice catarrale, poichè si ritrova anche nell'ittero grave. La bile che in tali casi si può ottenere col sondaggio è di colore giallo chiaro, diluita, sterile e con pochi o niente leucociti: contiene però un detrito costituito da cilindri biliari e da cellule epiteliali delle vie biliari. Tali caratteristiche della bile hanno consigliato l'A. ad indicare tale ittero col nome di *ittero acoleretico*.

Perchè dunque conservare ad un tale ittero la denominazione di *ittero catarrale* che ricorda la ormai sorpassata concezione di Virchow, il quale sosteneva che un tale ittero derivasse da un catarro della porzione intestinale del coledoco che impedisse il deflusso della bile? Una tale concezione non può essere esatta, perchè se così fosse in tali casi si dovrebbe avere un ittero da stasi o meccanico e la bile trattenuta al di là dell'ostacolo dovrebbe essere concentrata, pleiocromica e contenente biliverdina e non chiara, fluida come essa effettivamente si trova.

Quali devono dunque essere i moderni concetti sulla genesi dell'ittero catarrale? Bisogna risalire alle osservazioni anatomiche della scuola di Aschoff, poche, data la benignità della malattia, ma veramente importanti: in base a questo materiale è possibile sistematizzare l'ittero catarrale nel campo delle epatosi più che delle epatiti, con la possibilità però di passag-

gio dalla forma di ittero semplice in quella di ittero grave e possibile esito in atrofia epatica acuta o subcronica oppure, per combinazione con l'epatite, in cirrosi.

L'ittero catarrale trova dunque la sua primitiva causa in lesioni degenerative della cellula epatica: è questa che per prima diventa itterica; nei casi in cui l'ittero assume fin dall'inizio forma grave vuol dire che tale alterazione degenerativa ha portato rapidamente una atrofia della cellula epatica.

Ma quali sono i rapporti fra queste iesioni degenerative della cellula epatica ed il catarro duodenale aspecifico? L'ittero è conseguenza del catarro duodenale o viceversa?

La risposta si può forse trovare nell'osservazione fatta che ogni ittero catarrale o grave, sia esso sporadico od epidemico, si accompagna o è preceduto da un catarro del tubo gastro enterico: Eppinger crede dunque che la causa dell'ittero sia un riassorbimento di *veleni*, intendendo con tale parola sostanze che possono essere ingerite col cibo o possono formarsi nel corso della digestione: si è pensato a delle *amine* che trasportate attraverso la vena porta giungerebbero al fegato provocando epatite o alterazioni degenerative della cellula epatica. Si spiegherebbe così il perchè l'ittero catarrale assume carattere epidemico nelle caserme dove il cibo è uguale per tutti. È difficile stabilire quale cibo debba essere accusato, e se più la carne o i vegetali. Nei casi sporadici poi la causale varia caso per caso, anzi ognuno di questi malati ha una anamnesi personale: chi per eccessiva ingestione di grasso, chi per altre cause le più svariate (ingestione di medicamenti ecc.).

Riassumendo si può obiettivamente concludere come l'opinione dell'origine infettiva dell'ittero cosidetto catarrale, sporadico o epidemico, sia oggi molto scossa ed abbia lasciato il posto a questa nuova concezione, sortà dalle ricerche di Aschoff, Eppinger, e dell'A., di un'origine tossica enterogena.

G. LA CAVA.

Ittero del neonato.

(A. C. HAMPSON. *The Practitioner*, luglio 1933).

L'ittero è frequente nei neonati ed è più frequente l'ittero non grave che quello grave.

L'ittero fisiologico dei neonati è dovuto allo aumento brusco di bilirubina del sangue che si ha alla nascita. Può essere appena apparíscente o nettissimo e può scomparire anche solo dopo alcune settimane, non compare mai prima del secondo giorno d'età, non si associa ad epato nè a splenomegalia, non altera lo stato generale del bambino (solo qualche volta dà sonnolenza). Quest'ittero è emolitico e si associa ad anemia; però non ha bisogno di cure per lo più (solo nei prematuri è utile somministrare del ferro).

L'ittero grave dei neonati è per lo più in rapporto con una tossiemia materna durante la gravidanza. Qualche caso può guarire senza cure. La cura è quella delle rettoclisi o delle ipodermoclisi di soluzione fisiologica.

C'è una forma che colpisce più membri di una stessa famiglia e si accompagna quasi sempre ad epatosplenomegalia. Per il notevole numero di eritroblasti nel fegato e per la megalocitosi in circolo si può pensare che si tratti di un'eritroblastosi congenita. La cura è la trasfusione associata a somministrazione di estratti epatici.

L'ittero familiare acolurico è accompagnato, come il precedente, da anemia, ma non costantemente da epatosplenomegalia. Ci sono inoltre microcitosi e fragilità globulare. C'è urobilinuria. Buoni risultati si hanno dalla somministrazione di siero umano.

L'atresia dei dotti biliari può essere causa di ittero. Si accompagna ad epatosplenomegalia. In qualche caso può essere utile l'intervento chirurgico; ma non sempre.

La sifilide congenita può dare ittero, che si unisce ad altri segni di eredolues.

Nei neonati si può avere anche un *ittero tossico* da infezione alimentare o sepsi del cordone ombelicale.

R. LUSENA.

MISCELLANEA.

Contributo allo studio della morte da inibizione.

(MARTINEZ SÉLLÉS. *Med. Ibera,* 1933, n. 791).

Per morte da inibizione si intende la morte improvvisa sopravvenuta in pochi minuti in individui in buona apparente salute, per un trauma lieve avuto in alcuni punti speciali, ovvero per una emozione, cause di per sè incapaci di provocare la morte. In questa inibizione non si devono far rientrare gli *chocs* traumatici ritardati dovuti a cause diverse, ad es. riassorbimento per autolisi di tessuti morti, raffreddamento consecutivo a perdita di sangue, tossinfezioni ecc. Le autopsie più minuziose non rivelano nessuna alterazione organica capace di spiegare la morte. Brouardel già riteneva che nelle morti da inibizione si trattava di una azione inibitoria sopra fenomeni vitali respiratori e circolatori, il cui punto di partenza era una eccitazione periferica secondo la teoria del Brown-Séquard.

L'azione inibitrice riconosce come punto di partenza alcuni traumi della laringe, dell'addome, degli organi genitali interni nella donna, dei testicoli nell'uomo, irritazioni delle vie aeree superiori e della mucosa gastrica. Ciascun giorno sempre più si conoscono casi di morte per emozione, da quel tale il quale nel vedere entrare un pallone (nel giuoco del calcio) ha appena il tempo di dire « goal », al-

l'altro morto immediatamente nel solo vedersi minacciato con una pistola.

Vi sono casi nei quali all'autopsia si riscontrano lesioni insospettate preesistenti. La morte da inibizione è difficile a produrre negli animali, abbenchè molti fisiologi abbiano visto l'arresto della respirazione o della circolazione prodursi per l'eccitazione di un nervo inibitore e dei centri nervosi superiori. L'inibizione può agevolmente spiegare la morte improvvisa all'inalazione dei primi vapori all'inizio di una anestesia cloroformica. In una elevata percentuale, sia in animali che nell'uomo, le cause determinanti sono i traumi: laringei, testicolari, uterini, aderenze pleuriche lacerate ecc.

Il terreno deve anche avere molta importanza, dato che un trauma della stessa intensità determinato in più individui negli stessi punti di elezione o risulta inoffensivo, ovvero è rapidamente mortale. Vero è che una certa importanza bisogna dare alla « preparazione » del terreno: così è risaputo dell'azione del trauma se si effettua durante la piena digestione di un individuo; per il coito in tali condizioni, in persone anziane, è un fatto risaputo. Esistono le morti rapide da *choc* ritardato, sopravvenienti alcuni minuti od alcune ore dopo una iniziale causa benigna, ed in individui apparentemente sani. Ad es.: due automobilisti sono, durante una discussione, minacciati da un ciclista con una rivoltella. La discussione finisce, l'auto si rimette in marcia perchè tutto sembra passato quando alcuni minuti dopo uno dei due autisti si sente male e muore. Altro es.: una donna vede cadere un aeroplano, è presa da violenti dolori che durano tre giorni in uno con deficit cardiaco, dal quale a malapena si riprende.

La teoria della flocculazione di Lumière sembra potersi adattare per la spiegazione di questi casi: lo stato colloidale condiziona la vita, la flocculazione determina la malattia e la morte. La flocculazione produrrebbe gli accidenti noti allo *choc* traumatico e la intensità degli accidenti dipende non dalla quantità flocculante ma dalla grossolanità e rapidità della sua irruzione nell'organismo. Il trauma scatena questa miscela colloidale.

Anche l'emozione è capace di produrre un quadro analogo: l'onda emozionale giunge al cervello, la eccitazione cerebrale dà luogo a disorganizzazione simpatica che produce vasodilatazione intensa; il richiamo vascolare dei mezzi cellulari colloidali, realizzato in maniera differente, causa la flocculazione e questa gli accidenti gravi consecutivi.

Analogamente per gli *chocs* ritardati: il sistema vegetativo regge l'equilibrio e lo squilibrio colloidale; questo è il fattore neuroendocrino. Il ricambio è tanto più intenso quanto maggiore è lo squilibrio neurovegetativo: questo è il terreno.

A tale teoria si oppongono due punti oscuri: la esistenza di regioni inibitogene ben definite, la incostanza della sua produzione.

Morte improvvisa per meccanismo neuroendocrinoumorale: il ricambio umorale è in intima connessione col sistema neurovegetativo: le attuali cognizioni non permettono ammettere l'azione di un sistema disgiuntamente dall'altro. Una causa traumatica od emozionale in genere inoffensiva, altre volte ha una ripercussione fatale in terreno predisposto. La disfunzione avvenendo in individui apparentemente sani, dà luogo a frequenti e difficili questioni medico legali: nella maggior parte dei casi nei quali l'autopsia è negativa, in mancanza di meglio, piccole lesioni macro o microscopiche ci permettono di stabilire una diagnosi *post portem*. Questa frequente mancanza di lesioni, obbliga il perito a cercare elementi nella anamnesi, prima per escludere e poi pen dedurne, in uno con i nati della clinica e del laboratorio. Non è qui il caso di rifare la patologia del simpatico, però è bene fissare il dato che tutte le regioni inibitogene sono innervate dal vago e dal simpatico: laringe, epigastrio, organi genitali maschili.

Oudendael ha descritto recentemente la innervazione dell'utero, mostrando la presenza di corpuscoli del Pacini nella regione del collo; d'altra parte si sa che il plesso di Frankelhauser giacente nel legamento grande giunge fino alla parte media e superiore della vagina. Ciò basta a spiegarci alcune morti avvenute per inibizione, da eccitazione del collo uterino, alla stessa guisa che nella regione nasale, eccitando il trigemino, si possono avere lipotimie e talora morte.

Dopo i lavori del Danielopoulo sulla innervazione cardiaca non ci faremo meraviglia se una emozione porta a morte un individuo che sebbene in ottima salute presenta disturbi della conducibilità cardiaca asintomatica: sono conosciuti casi di morte sul tavolo operatorio nel mentre il chirurgo ha appena segnato sulla pelle la linea di intervento. È noto il caso descritto dal Brouardel di un portiere per burla acciuffato in luogo oscuro da alcuni studenti universitari e condannato a morte...: gli studenti dopo avergli bendato gli occhi gli diedero un colpo con un asciugamano bagnato: a malgrado la tenuità del colpo il portiere cadde morto veramente.

Nei casi di morte da inibizione ha importanza la anamnesi e l'accertamento di vagotonismo puro, di iperortosimpaticotonia, di ipoortosimpaticotonia, di iposimpaticotonia.

Ma vi sono morti improvvise da iniezioni di proteine: è il campo scoperto dal Richet con le famose esperienze con veleno attinico. Nolf dichiarò lo *choc* che con quel meccanismo portava a morte « choc peptonico ». Widal scoprì la crisi emoclasica o *choc* emoclasico. I clinici poi segnalarono le morti improvvise da iniezioni di siero, morti che talora videro manife-

starsi anche in chi siero non aveva mai ricevuto. Sono però casi rari: Lampson e Park nelle loro statistiche calcolano un caso mortale ogni 70.000 difterici trattati con siero, però non dicono nulla sugli accidenti di minore intensità facili a verificarsi. Gli umori ed i tessuti obbediscono sempre alle leggi di equilibrio imposte dallo stato colloidale nel quale si incontrano: essi possono essere neutralizzati più o meno completamente nelle loro cariche elettriche. dar luogo a precipitazioni che, in fin dei conti, non sono che flocculazioni.

Sindromi molto simili a quelle prodotte dalle proteine si hanno con le iniezioni di metalli colloidali. I sifilografi avevano già osservato nel corso di cure mercuriali anche con piccole dosi del metallo si potevano notare eruzioni urticariformi ed a questi fatti avevano dato il nome di intolleranza al medicamento. Con l'avvento degli arsenicali gli accidenti si moltiplicarono ed aggravarono, fino al punto di descriversi oltre trenta casi mortali. Ripudiata la denominazione di intossicazione, perchè inesatta, se ne cercò la spiegazione nella simpaticotonia. I minuti dosaggi fatti in alcuni casi, dimostrano che non può esser stata causa della morte la esigua quantità di metallo trovata nei visceri. Vero è che alcuni casi di morte, nel senso tossicologico della parola, si sono avuti per avvelenamento, ma si trattava di individui che avevano ricevuto dosi forti di metallo: si trattava molte volte di accidenti locali come lesioni del cuore, dell'aorta, itterizie. nefriti, accidenti meningei o cerebrali, fenomeni infiammatori dovuti alla distruzione di spirilli ed alla messa in libertà di endotossine. Ovvero in alcuni casi si tratta della cosidetta crisi nitritoide per iniezione di soluzione acida, neutra od insufficientemente alcalina: se si tien conto che queste crisi si evitano con preventiva iniezione di adrenalina o di siero fisiologico e che nei casi di morte furono trovate piccole emorragie, sembra logico pensare che si debba riferirsi ad un meccanismo umorale, come un accidente anafilattico.

Abbiamo già accennato alle zone inibitogene: citiamo alcuni esempi tra i molti esistenti nella letteratura medico legale:

Traumi della laringe: una vecchia vendeva tabacco ad un giovane; questi attratto dalla mobilità delle cartilagini cricotiroidee nel collo della donna, dà per scherzo un piccolo colpo in tale regione. La vecchia muore istantaneamente.

Traumi del solco epigastrico: una infermiera salendo bruscamente in una abitazione, urta contro una porta ricevendo un lieve colpo sullo stomaco: morte istantanea ed all'autopsia piccola emorragia fra pelle e muscoli addominali. Un operaio vigoroso stava sollevando un peso allorchè un compagno dicendogli « lascia pure a me, e vedrai che solleverò molto più peso » gli dà un leggero colpo sullo stomaco. L'altro cade ed immediatamente muore.

Traumi ed irritazioni degli organi genitali della donna: il semplice toccamento del collo uterino può dar luogo alla morte improvvisa; pericolosi sono anche i sondaggi uterini e le iniezioni vaginali. Una diciassettenne, blenorragica e non deflorata, muore improvvisamente nel praticare una irrigazione vaginale (Lorain). Una donna di 32 anni fu trovata morta nella sua abitazione: in un recipiente a lei vicino fu trovata della soluzione saponosa ed una cannula vaginale di 12 cm. evidentemente a scopo abortivo. All'autopsia non si trovarono lesioni utili per spiegare la morte. Ad una ragazza di 16 anni, nel terzo mese di gravidanza, una donna applicò una irrigazione con cannula uterina; nel fare con la cannula stessa piccoli movimenti nel corpo dell'utero, la giovane muore: all'autopsia nessuna lesione capace di spiegare la morte, dunque anche questa fu morte da inibizione.

Irritazione della mucosa delle vie aeree superiori: i corpi estranei introdotti nelle vie aeree superiori determinano a volte una morte improvvisa senza asfissia, morte che non può spiegarsi altro che con una inibizione a punto di partenza dall'irritazione della mucosa laringea. A questa causa si deve ugualmente la inibizione da sommersione. In Francia al tempo di Luigi Filippo vi era un pratico famoso per curare l'asma con toccamenti di ammoniaca nella gola: la regina che soffriva di quest'affezione era disposta a farsi applicare quel trattamento: una dama di corte si offrì di fare da assaggio. La dama muore non appena il pratico ebbe toccata la gola col rimedio. La morte repentina all'inizio della cloroformizzazione, ovvero alla respirazione dei primi vapori del gas mostarda non trova altra spiegazione che nella inibizione.

Traumi del testicolo: è conosciuta la sensazione dolorosa che provocano i colpi sul testicolo. Un uomo di 40-50 anni, lottando con la moglie riceve un colpo nello scroto: subito cade morto. Un giuocatore di pallone, durante gli incidenti del giuoco, riceve un colpo nello scroto: morte subita. In ambedue i casi autopsia negativa per qualsiasi lesione capace di spiegare l'exitus.

Nel possibile intervento delle ghiandole a secrezione interna, dobbiamo in prima linea ricordare le soprarenali. La insufficienza funzionale di queste ghiandole costituisce una causa predominante nelle morti improvvise. La predisposizione dello *choc* neuroumorale si accompagna ad ipotensione arteriosa. La iniezione di adrenalina è classica come preventivo.

Un piccolo numero dei casi di morte improvvisa è attribuito alla tiroide.

Secondo Parissot e Richard, anche la sospensione brusca della funzione delle ghiandole paratiroidee è capace di dar luogo a quegli accidenti che causano la morte improvvisa.

MONTELEONE.

L'avvelenamento barbiturico.

(B. J. LOGRE. *Bulletin Médical*, 26 agosto 1933).

Nel 1903 E. Fischer e von Mering prepararono il veronal, che è un ureide derivato della malonilurea. Esso è il prototipo dei barbiturici di cui è stata successivamente fabbricata una lunga serie: luminal, gardenal, médinal, dial, somnifen, sedormid, allonal, sonergyl, ecc., tutti derivati, più o meno complessi, della malonilurea.

I barbiturici verisimilmente agiscono in modo elettivo sul centro del sonno. E si è supposto che la loro proprietà sonnifera sia analoga a quella esercitata dall'urea nel corso dell'uremia. Ma è a notare che nell'intossicazione barbiturica il tasso di urea nel sangue non è elevato, anzi è talvolta debole. D'altra parte si osserva che l'urea non è direttamente un ipnotico, e che nell'uremia si possono formare suoi derivati con la stessa azione e forse con la stessa formola dei barbiturici sintetici.

I barbiturici hanno due specie di effetti: ipnotico ed euforico. Il primo è costante, mentre il secondo si ha solo in individui predisposti.

La tossicomania barbiturica si può stabilire sia come *bisogno*, in quanto la soppressione della droga provoca uno stato di privazione insopportabile con reazioni penose di agitazione, angoscia e sopra tutto d'insonnia, sia come *piacere* in quanto l'infermo ottiene una soddisfazione positiva, una voluttà, un paradiso artificiale in seguito all'uso continuo e spesso progressivo della droga.

Come per la morfina l'abitudine si stabilisce in seguito all'uso terapeutico per calmare dolori, la tossicomania barbiturica si acquista in seguito al loro uso per combattere l'insonnia.

In genere vi sono soggetti gl'individui per i quali la mancanza o la deficienza di sonno non è un fatto episodico dovuto a cause transitorie, ma un sintoma di una costituzione neurotica. In questi individui a sistema nervoso tarato l'uso dell'ipnotico rischia di prolungarsi senza posa, fino all'assuefazione, alla tossicomania.

L'*intossicazione cronica* da ureidi provoca un insieme di sintomi, di solito poco accentuati quando le dosi non sono elevate. Si constata un certo grado di sonnolenza diurna, riduzione dell'attenzione, memoria poco fedele, ideazione lenta e pigra. L'attività, la resistenza al lavoro sono ridotte. Si notano disturbi del carattere, sopratutto irritabilità: l'infermo s'irrita facilmente, discute, recrimina, diventa insopportabile, anche se prima aveva un carattere dolce e conciliante.

Ma i sintomi del barbiturismo si manifestano più tipicamente quando la dose assorbita nelle ventiquattro ore sorpassa quella terapeutica, e sopratutto quando s'aumenta bruscamente la dose, quando, ad esempio, il malato vuole combattere una contrarietà con un eccesso d'ipnotico, come il bevitore annega la sua tristezza nel vino.

I sintomi più caratteristici sono la *disartria* ed i *disturbi dell'equilibrio*.

La disartria è dovuta ad un atteggiamento particolare della commessura delle labbra, ad un disturbo della parola affatto differente dall'articolazione pastosa dell'alcoolista, ma che ricorda la disartria tremolante e trepidante del paralitico progressivo. Un medico familiare con questa specie di disartria solo in base ad essa può fare la diagnosi di avvelenamento barbiturico. Oltre alla disartria v'è un certo grado di disfasia: il soggetto di tanto in tanto non trova le parole, confonde una parola con un'altra, ecc. La scrittura è spesso disturbata come la parola: talvolta l'infermo non può neppure firmare.

Anche i disturbi dell'equilibrio sono caratteristici. Il malato non può tenersi in piedi, non oscilla come l'ubbriaco, ma ha sopratutto una debolezza nelle gambe: si piega e cammina sui piedi e sulle mani. Poichè è inconsapevole del proprio disquilibrio, può capitargli, specie di notte, di cadere ferendosi più o meno gravemente.

Mentalmente si nota uno stato di *confusione*: il malato è disorientato, non sa più dove si trova, dimentica l'ora, non ricorda quello che dice o gli si dice. La fisionomia è atona, le palpebre cadenti, come chi faccia sforzi per svegliarsi. Questo stato di ottundimento ha talvolva un'espressione di vaga *beatitudine*.

Ma alla confusione possono aggiungersi fenomeni di agitazione, con allucinazioni e delirio onirico, durante il quale il soggetto a occhi aperti vede scene fantastiche spesso inquietanti e terrificanti. Nel suo stato di disorientamento e di ansia può prendere una finestra per una porta. Talvolta si hanno stati di agitazione furiosa e disordinata, con urli, rotture di oggetti e violenze contro le persone.

I disturbi fisici e mentali possono raggiungere un grado tale che talvolta, specie quando s'ignora l'intossicazione barbiturica, si può pensare all'encefalite letargica.

Altre complicazioni frequenti sono: le *eruzioni cutanee*, i *dolori neuralgici*, i *disturbi del ritmo cardiaco*.

Le complicazioni cutanee più frequenti sono l'orticaria e gli eritemi polimorfi.

I dolori neuralgici si hanno per lo più alle radici degli arti. Sono dolori a tipo reumatico che impediscono al paziente di dormire e lo co-

stringono a prendere nuove dosi di ipnotico, che aggravano la situazione.

I disturbi del ritmo cardiaco sono costituiti da crisi di estrasistoli, palpitazioni violente, che sopravvengono per lo più quando il malato sotto l'influenza dell'ipnotico si dispone ad addormentarsi. Egli è allora risvegliato dal suo cuore. Così malgrado il desiderio ed il bisogno di dormire e la pesantezza degli occhi è il sonnifero che per un meccanismo paradossale, condanna l'infermo all'insonnia. E se si prendono altre dosi di barbiturici il soggetto risente un gran bisogno di dormire, ma non può, perchè le palpitazioni si fanno più violente.

La ingestione massiva di barbiturici a scopo di suicidio, molto frequente in Germania, provoca un coma che si protrae fino alla morte. Ma quando la quantità ingerita non è tale da provocare questi effetti (e ciò avviene spesso perchè le dosi letali variano molto con gli individui) si hanno invece agitazione più o meno violenta, stati ansiosi penosissimi, disordini gravi della condotta che conducono all'internamento.

La morte da suicidio si ha generalmente in seguito all'ingestione di 7-12 grammi di veronal.

La cura più efficace di questo avvelenamento acuto consiste nel salasso seguito da trasfusione. Non si devono alimentare gli avvelenati per bocca per il pericolo della bronco-polmonite. L'alimentazione più adatta è quella con iniezioni glucosate, clisteri alimentari o cateterismi gastrici.

La frequenza crescente dei suicidî a mezzo di barbiturici dipende da tre cause:

1) L'accrescimento generale del numero dei suicidî;

2) La speranza di morire nel sonno senza sofferenze e senza coscienza;

3) La frequenza relativa della tossicomania barbiturica. Sono spesso gl'individui abituati al veronal o ai suoi composti similari che domandano alla droga un sollievo più completo, la pace definitiva del nulla.

La profilassi sociale dei barbiturici è all'ordine del giorno.

Questi prodotti sono stati di recente introdotti nell'uso e quindi solo tardi si è potuto constatare il pericolo che da essi deriva, pericolo che se è inferiore a quello della cocaina, degli oppiacei, dell'etere e dell'alcool, non è certo trascurabile.

Purtroppo ora gli infermi dispongono di queste sostanze a loro volontà, e poichè gli utenti sono per lo più neuropatici, si può presumere quale abuso ne facciano.

Occorre anche per queste droghe una legislazione che ne disciplini il commercio. I barbiturici non dovrebbero essere somministrati senza prescrizione medica.

DR.

DIVAGAZIONI.

La sterilizzazione e la castrazione dei degenerati.

Con il prossimo anno entrerà in vigore in Germania la legge che ammette la sterilizzazione degli individui malati o anormali capaci di trasmettere alla prole i loro caratteri degenerativi.

La legge tedesca non è la prima in materia. Altra analoga già vige in Danimarca dal 1929.

La legge danese è molto semplice, ma perchè l'intervento sia autorizzato è necessario il consenso dell'interessato o, in caso d'incapacità, del suo tutore. L'operazione è ammessa solo in seguito a Decreto del Ministro della Giustizia sentito il Consiglio medico-legale ed il Consiglio di Sanità. La procedura è indispensabile anche se la iniziativa parte dall'interessato.

Le disposizioni della legge tedesca sono su per giù le medesime. Hanno una maggiore accentuazione in quanto in alcuni casi prescindono dalla volontà del soggetto.

Ambo le leggi s'inspirano al concetto che la castrazione o la sterilizzazione non deve mai avere un carattere punitivo, ma mette l'individuo in grado di non commettere più delitti e quindi di non danneggiare sè stessi, evitandogli le sanzioni penali.

L'intervento appare ed è innanzi tutto utile per l'individuo, ma risulta anche vantaggioso per la società e per la razza.

È previsto il caso che l'intervento possa essere praticato su anormali psichici, in quanto esso « possa essere utile per la persona, e specialmente utile per la società, mettendo l'anormale nell'impossibilità di procreare ».

Ma la legge prende le mosse dai delitti sessuali, ed è su questo campo che ha avuto più larga applicazione.

Fino al 1932 in Danimarca hanno chiesta e subìta la castrazione 30 individui condannati per delitti sessuali (esibizionismo, oltraggio al pudore, violenza carnale, ratto, ecc.) e 7 che non erano stati mai condannati

Quelli che sono stati messi in libertà dopo la castrazione non hanno più commesso delitti.

È ovvio che nel caso particolare della criminologia sessuale la castrazione ha un'efficienza immediata, terapeutica. L'asportazione dei testicoli induce profonde modificazioni somatiche e psichiche, abolisce gli impulsi erotici, annulla la potenza sessuale, e con ciò fa scomparire nell'individuo l'incentivo al delitto, e gli toglie i mezzi di delinquere.

Ed è per questo che nei casi in quistione è indicata la castrazione e non la sterilizzazione. Questa eliminerebbe la procreazione, ma non abolirebbe l'impulso a delinquere.

La castrazione, asportazione dei testicoli nell'uomo e delle ovaie nella donna, produce nel primo modificazioni della morfologia e del

carattere (eunuchismo) e nelle seconde la menopausa precoce.

La sterilizzazione invece si ottiene mediante la resezione e la legatura del canale deferente nell'uomo e delle trombe nella donna. Queste operazioni, poco pericolose nell'uomo e un po' di più nella donna, perchè occorre l'apertura del peritoneo, lascia intatte le glandule sessuali e non altera affatto la funzione delle glandule interstiziali. Praticamente si può dire che la funzione sessuale resta immutata, e che le sensazioni specifiche permangono, come permane la capacità al coito. È impedita solo la eliminazione degli spermatozoi e degli ovuli. Lo psichismo degli individui sterilizzati rimane praticamente invariato.

La sterilizzazione non abolisce l'estro erotico, non altera la fisionomia somatica e psichica degli operati, non toglie loro i godimenti sessuali.

Essa pertanto più che una misura terapeutica, costituisce una misura profilattica tanto più pratica e vantaggiosa in quanto non induce alcuna minorazione negli operati.

Mentre la castrazione trova la sua indicazione specifica terapeutica ed eugenicamente profilattica nei criminali sessuali, la sterilizzazione va praticata nei casi nei quali si deve esclusivamente evitare la procreazione. Essa annulla negli anormali e nei malati con tendenza a trasmettere alla prole, le loro tare, la capacità di dar vita ad individui infelici ed antisociali.

La sterilizzazione ha finalità esclusivamente eugeniche.

Fino ad ora essa veniva sfruttata unicamente a scopo voluttuario dagli individui che senza rinunziare ai piaceri erotici volevano essere sicuri di non procreare.

Le leggi danese e tedesca danno alla pratica uno scopo etico. Ed è per questo che le leggi stesse sono considerate come un primo passo, sia pure molto circospetto, verso l'intervento attivo dello stato in fatto di eugenica.

Le nazioni sono veramente forti quando sono costituite da elementi sani di mente e di corpo. La loro potenza è in ragione inversa al numero degli elementi comunque deboli e tarati.

Purtroppo l'eugenica stenta a diventare norma di stato, ma non è dubbio che essa si affermerà come si è affermata l'igiene.

L'umanità non potrà sempre consentire che i deboli di mente, gli squilibrati costituzionali, i criminali degenerati procreino a loro volontà, inquinino progressivamente la razza.

Tali soggetti, anche se educati, sono dei pessimi riproduttori.

Il carcere ed il manicomio, se possono essere mezzi di punizione e di temporanea eliminazione dalla società di dubbia efficacia, non difendono dal maggior danno che questi individui possono arrecare, la procreazione.

L'educazione, l'istruzione, la così detta igiene mentale, con tutto quel che costano, se correggeranno, non sempre e sempre solo in parte, alcuni difetti, non elimineranno la capacità di trasmettere ai figli i caratteri degenerativi. Si tratta di palliativi di natura individuale, che non hanno nulla a che fare con l'eugenica.

D'altra parte non è a sperare che possano attendersi effetti pratici dai mezzi così detti persuasivi (educazione, propaganda, ecc.), perchè tali mezzi dovrebbero far presa proprio su quei soggetti che meno sono disposti a sentirli.

L'eugenica deve divenire una pratica di Stato. È questo che per la sua necessità di potenza, per la felicità dei popoli, che costituisce il suo fine supremo, deve promuovere la prolificazione dei sani di corpo e di spirito e impedire quella dei degenerati, dei deboli, dei tarati.

Purtroppo ora le cose procedono perfettamente all'inverso.

Nell'uomo, a differenza di quanto avviene negli animali, la selezione procede a rovescio.

Gli esseri che dovrebbero essere sacrificati alle prevalenti esigenze della società e della razza vengono coltivati, assistiti con cure speciali, educati e messi in circolazione. La collettività si carica di elementi deboli, nonchè di cattivi riproduttori.

Certo il problema non si presenta di facile soluzione. Esso ha numerosi addentellati che si riferiscono alla morale tradizionale, alle idee religiose, alla vita politica ed economica dei popoli.

La lotta ad oltranza contro le pratiche anticoncezionali (aborto, coitus interruptus, preservativi, ecc.), o meglio l'incoraggiamento alla prolificità, si presenta socialmente utile in quanto dette pratiche sono in genere seguite dagli individui sani, colti e civilmente progrediti, ossia proprio da quelli che dovrebbero dare maggiore incremento alla natalità.

Per gli elementi di scarto occorrerebbe una propaganda inversa. Ma poichè è più che dubbio che questa possa riuscire fruttuosa, bisogna por mano a mezzi di più sicuro effetto.

Le esperienze danese e tedesca saranno certo molto utili. *argo.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

Prof. GUIDO VERNONI con la collaborazione dei proff. ALESSANDRI, BAGGIO, R. BASTIANELLI, BILANCIONI, CAPPELLI, CAVINA, CITELLI, DONATI, FASIANI, FERRONI, GAIFAMI, NIGRISOLI, OVIO, PALMIERI, PESTALOZZA, PUCCINELLI, PUTTI, RADAELI, ROMITI, SERRA, VALDONI. *Tumori maligni. Forme cliniche e indicazioni curative. Attinoterapia. Patogenesi. Classificazione. Diagnosi microscopica.* Opera promossa dalla « Lega Italiana per la lotta contro il cancro ». Società Editrice Libraria, Milano, 1933-XI. L. 70.

La sola lettura del frontespizio di questo volume edito in bella veste tipografica e illustrato da 176 figure in nero e a colori nel testo e 13 tavole fuori testo, indica l'importanza dell'opera.

I singoli capitoli sono l'espressione dell'esperienza personale dei rispettivi autori. Nel volume prevale l'indirizzo clinico e i diversi tumori sono studiati nelle prime 346 pagine, in relazione ai vari organi e sistemi con una esatta descrizione diagnostica e relative indicazioni curative che sono poi essenzialmente chirurgiche e attinoterapiche.

È da notare che in questo volume la parte clinica è stata trattata quasi esclusivamente da chirurgi e infatti se si eccettuano i proff. Cappelli e Radaeli, che hanno descritto il primo i tumori del testicolo, dello scroto e del pene, il secondo i tumori della pelle e il prof. Vernoni che ha descritto i tumori del polmone, tutti gli altri capitoli clinici appartengono a chirurgi.

Le idee attuali sui tumori maligni sono decisamente orientate ancora verso il trattamento chirurgico e attinoterapico. È inutile e dannoso voler precorrere i tempi: forse nel futuro le cose potranno mutare: adesso l'obbligo di ogni medico è di ricordarsi in tempo che i t. m. quando si possono ancora curare, debbono essere affidati all'opera del chirurgo o del radioterapista.

Questo volume vuole essere anche un'opera di propaganda: propaganda culturale e propaganda pratica, tra i medici. A tale scopo la Lega Italiana per la lotta contro il cancro, lo ha promosso affidando l'incarico di compilarlo al prof. Vernoni.

In tutti i capitoli le idee-guida della lotta contro il cancro sono ribadite e illustrate: diagnosi precoce, cura sollecita e ben fatta, esatta interpretazione dei sintomi.

La lettura del volume è oltremodo interessante e particolarmente per alcuni gruppi di tumori la ricchezza delle illustrazioni, l'ampiezza della descrizione clinica sono tali da dare un'idea completa dell'argomento.

Il Palmieri tratta con un'esperienza ammirabile illuminata da un acuto senso critico il sempre discusso problema della attinoterapia, tanto con i raggi Röntgen quanto col Radium, mettendo a punto varie questioni sui metodi di applicazione. Questi interessano vivamente anche il medico pratico che vuol presso a poco sapere come gli tratteranno l'ammalato che affida allo specialista.

Il Vernoni poi ha giustamente completato il volume con una brillante esposizione della patogenesi del cancro e con una classificazione dei tumori, in cui appaiono sue idee personali che illuminano molti lati oscuri del problema. Questa parte che sembrerebbe superflua per un volume fatto essenzialmente a scopo clinico è invece la lodevolissima estrinsecazione di uno degli scopi che si è prefissa la Lega Italiana: aumentare la coltura del medico pratico.

Il quale medico pratico potrà poi in fine farsi anche un'idea molto chiara della costituzione istologica dei vari tumori osservando, con la guida delle annesse spiegazioni, la numerosa serie di nitidissime riproduzioni di preparati istologici, fatica particolare e nobilissima del prof. Vernoni.

Si tratta quindi di un'opera complessa ma perfettamente equilibrata nei vari elementi che la compongono di cui il merito, oltre che a tutti gli illustri collaboratori, va in modo speciale al prof. Vernoni. GALLENGA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 14 luglio 1933.

Presidente: Prof. F. VANZETTI.

Dott. F. PENATI e G. MOMIGLIANO LEVI. — *Ematologia e istopatologia della mononucleosi infettiva del coniglio, con particolare riguardo alla origine dei monociti.*

Sul contenuto di sali biliari nella bile.

Prof. A. ALLODI e dott. QUAGLIA. — Gli OO. descrivono il metodo da essi usato, risultante dall'unione del metodo di Plattner, applicato ultimamente da Glaessner, per l'isolamento dei sali e della nota reazione di Pregl per il gruppo colico, usato anche da Giordano e da Levi, per valutare la quantità dei sali biliari precipitati.

I valori ottenuti con tale metodica oscillano nella bile A tra gr. 3-4, nella bile B tra gr. 9-13, nei soggetti immuni da lesioni a carico del fegato e delle vie biliari.

Nelle colelitiasi trovarono valori notevolmente bassi, come pure nelle epatiti; nelle colecistiti infiammatorie i sali biliari non si discostano di molto dalla norma pur essendo leggermente inferiori a questa. Nelle angiocolecistiti trovarono valori elevati e spesso anche superiori a quelli normali.

La costante e forte diminuzione dei sali biliari dei soggetti affetti da epatite valorizzerebbe il concetto, che nella genesi della colelitiasi si debba dare notevole importanza alle lesioni della cellula epatica nel mantenere l'equilibrio sali biliari/colesterina.

Su un nuovo metodo per il dosaggio dell'acidità del succo gastrico.

Prof. A. Allodi e dott. Quaglia. — Gli OO. riferiscono i risultati delle indagini comparative eseguite col metodo di Lambrechts e Ruyters (bleu di paraxylenol) e quello di Michaelis (reattivo di Tofer-Linossier).

Il primo metodo può in determinate condizioni (succo povero di sostanze proteiche e privo di materie coloranti parassite) sostituire il reattivo di Topfer, potendosi anche con il paraxylenol ottenere il valore dell'acido cloridrico libero, fatto questo che era sfuggito agli autori belgi, però in generale è da preferire il metodo di Michaelis potendosi avere con questo il valore dell'HCl combinato oltre che quello dell'HCl libero e l'acidità totale.

In quanto al pH, oltre alle riserve sul valore del pH stesso, gli OO. osservano che il metodo dà valori molto grossolani e perciò praticamente poco utili.

Prof A. Allodi e dott. Quaglia. — *Sul contenuto di zolfo nella bile.*

Ancora sul sistema nervoso vegetativo dei colitici.

Prof. A. Allodi e dott. Quaglia. — Con la prova dell'atropina, secondo la tecnica di Maspes e Canziani, hanno voluto controllare il reperto di vagotonia nei soggetti affetti da colite. Di 37 casi sottoposti ad esame 20 risultarono vagotonici, 7 anfotonici, 4 normali e 3 ipoanfotonici.

Ricerche comparative sulla tolleranza per il galattosio nel diabete normo-glicemico e nel diabete pancreatico.

Dott. S. Battistini e L. Herlitzka. — Gli OO. concludono nell'affermare che la prova della galattosemia provocata dimostra in modo chiaro la diversità patogenetica e nosologica delle due forme di diabete normoglicemico e pancreatico ed affermano che il comportamento abnorme della curva galattosemica nel diabete renale è in rapporto non ad una deficienza funzionale del fegato, ma ad una alterazione delle correlazioni nervoso-vegetative ed ormonali, presente in questa forma morbosa.

Sulla patogenesi della pachimeningite emorragica interna

Dott. F. Volante. — L'O. precisa sulla scorta di alcune osservazioni, la sede dell'emorragia e delle lesioni proliferative connettivo-vascolari nello spessore dello strato di Jores e definisce la natura della membrana che limita il processo verso lo spazio subdurale, come costituita dallo strato più profondo della pachimeninge variamente modificata. Pone alcune riserve sulla opportunità di usare il termine pachimeningite a seconda che le ricerche intraprese negli stadi recenti del processo dimostreranno o meno la natura flogistica della malattia.

Dott. L. Gedda e P. Magnano. — *Contributo sperimentale intorno ai problemi dell'analisi capillare.*
Il Corrispondente: Villata.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 30 giugno 1933.
Presidente: Prof. B. Lunghetti.

Prof. R. Staderini. — Commemorazione dell'accademico defunto prof. G. Tramontano-Guerritore.

Prof. G. Tramontano (†). — *Le espansioni nervose della derma sottungueale del Cynocephalus amadrias.*

Prof. G. Tramontano (†). — *Il problema dei pre-determinati alla longevità. Contributo statistico.*

Prof. G. Tramontano (†). — *Contributo alla conoscenza della disposizione dei capelli sulla fronte.*

Prof. I. Bellucci in collaborazione con I. Damiani. — *Sulla stabilità delle soluzioni acquose di tiosolfato sodico.*

Prof. I. Bellucci in collaborazione con R. Vigni. — *Sul dosaggio dello jodio nella tiroide secondo la Farmacopea tedesca.*

Un caso di meningite purulenta da b. di Pfeiffer.

G. Salvioli. — L'illustrazione di un caso di meningite purulenta da b. di Pfeiffer in un lattante, ha permesso qualche rilievo, oltre che clinico, anatomico e batteriologico.

Il b. di Pfeiffer ha una virulenza molto variabile; l'interessamento delle meningi, durante un'infezione generalizzata, può svolgersi senza spiccati segni neurologici, mentre il reperto anatomico è imponente.

Il lavoro uscirà per esteso sugli « Studi della Facoltà Medica Senese ».

G. Salvioli. — *Prime prove di vaccinazione del lattante con l'anatubercolina del Petragnani.*

Prof. G. Salvioli. — *Presentazione di un caso discutibile di malaria congenita.*

Prof. G. Salvioli e Dott. C. Magi. — *Considerazioni sui risultati delle varie specie di allattamento praticate nell'Aiuto Materno di Siena.*

Considerazioni sulle cure fisiche delle nefriti.

Dott. G. Bettinardi. — Vengono prese in considerazione fra le cure fisiche delle nefriti la diatermia e la roentgenterapia.

La prima trova utile impiego soprattutto nelle forme acute di nefriti.

La seconda, seguita dall'O. in 8 casi di nefrite trattati con irradiazioni del tratto di colonna vertebrale compreso fra X-XI vertebra toracica e II lombare e delle zone paravertebrali corrispondenti, ha dato: 1) nelle forme acute di glomerulo-nefrite a focolaio e in quelle diffuse, trattate precocemente, riduzione notevole dell'ematuria, aumento non costante della diuresi, diminuzione dell'albumina, miglioramento delle condizioni generali; 2) nelle forme di glomerulo-nefrite diffusa ad andamento acuto o sub-acuto e trattate tardivamente i risultati furono meno buoni e talora del tutto assenti.

Il metabolismo basale nei bambini, durante la somministrazione di olii animali ricchi di fattori vitaminici

Dott. S. Quadri. — L'O., praticando periodicamente delle determinazioni del M. B. in un buon numero di bambini ai quali veniva ogni giorno somministrata una determinata dose di vitamine A e D, sotto forma di olio di fegato di merluzzo e di olio di tonno, ha potuto dimostrare in circa il 50 % dei casi trattati, sia con l'uno che con l'altro olio, una discreta elevazione dei valori del M. B. accompagnata, nei soggetti trattati con olio di tonno, da un progressivo aumento del peso corporeo che si è reso evidente alla fine del trattamento, durato in media dalle 5 alle 8 settimane.

Rapporto albumine: globuline, reazione di Weltmann, reazione di Takata Ara nella diagnostica funzionale del fegato.

M. PELLEGRINI. — L'O. ha fatto uno studio parallelo delle tre prove in una serie di epatopazienti venendo alle conclusioni: che esse danno risultati perfettamente concordanti, che però i risultati tanto della reazione di Weltmann come della reazione di Takata non sono strettamente legati allo spostamento del rapporto albumine globuline, che alla reazione di Weltmann per la sua scarsa specificità e per le molteplici cause che possono influenzarne l'esito allo stato attuale non si può attribuire che una scarsa importanza nella diagnostica funzionale del fegato, che un maggior valore gli sembra spetti alla reazione di Takata Ara e che forse non del tutto prive di significato sono le flocculazioni che in questa reazione si verificano in una o due provette.

Possibilità nuove nella chirurgia renale. Le anastomosi del rene con l'epiploon, con la milza e con i soli vasi spleno-epiploici.

Prof. R. REDI. — L'O. ha istituito delle esperienze onde studiare il comportamento del rene, rivestito di omento e privato della vena, dell'arteria o di ambedue gli emulgenti. Analogamente ha sperimentato con l'omentizzazione intrarenale. L'O. ha stabilito che l'omentizzazione perirenale ed intrarenale non migliorano il circolo collaterale del rene più di quello che si ottiene con lo scapsulamento o anche solo con le naturali vie collaterali.

L'O. ha ideato un metodo consistente nella preparazione di mazzetti vasali isolati dai gruppi splenoepiploici, ed immessi in un tunnel polopolare, cortico-midollare renale, ottenendo buone neoangiostomosi renali.

Inoltre l'O. riprendendo le esperienze di Lettieri, ha stabilito che la « connessione » splenorenale deve ritenersi un buon mezzo di scarico per il rene, ma non può — da sola — mantenere integra la funzione dell'organo e la vita dell'animale.

Il guttadiaphot in ostetricia.

Dott. A. AUDINO. — L'O. sperimenta il metodo del Guttadiaphot in ostetricia, come quello che secondo le recenti ricerche meglio si adatterebbe a svelare se lo stato gravidico debba ritenersi per stato di sanità tendente al patologico o puramente per stato fisiologico. Dalla letteratura attinge l'essenza di questo metodo e quanto finora è stato detto intorno ad esso. L'O. riporta le ricerche fatte su 60 donne nei tre periodi di gravidanza, parto e puerperio, e riferisce che i risultati ottenuti sono per la maggior parte negativi e soltanto nei casi in cui esisteva o si era sviluppato un chiaro processo patologico i cromogrammi si sono manifestati positivi. Ad avvalorare questi risultati, discordanti con quelli ottenuti dalla maggior parte degli AA. che lo hanno preceduto, ha esteso le sue ricerche al sangue di donne sane e sicuramente non gravide, e non in periodo mestruale. Questi risultati sono stati identici ai precedenti. Conclude negando qualsiasi valore al metodo del Guttadiaphot sia perchè manca di specificità, sia perchè si manifesta solo quando i segni clinici di un fatto patologico sono evidenti.

Afferma che si possono inoltre ottenere cromogrammi positivi per le più svariate cause indipendenti dal processo gravidico e che quindi non è possibile in modo assoluto accettare tale metodo quale segno specifico di gravidanza come taluno vorrebbe.

ROTTOLI. — *Sui trapianti di segmenti di corno uterino e consecutivo processo gravidico.*

Prof. G. PETRAGNANI e Dott. E. COSTANTI. — *Sul particolare valore diagnostico della fecola di patate.*

Il Segretario: Prof. G. MAZZETTI.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta del 27 giugno 1933.

Presidenza: Prof. G. SABATINI, presidente.

Considerazioni clinico-statistiche sulla otomicosi e ricerche di terapia.

Prof. E. SALARIS. — Dalla casistica dell'O. e dalle ricerche eseguite sui resoconti di Cliniche ed Ambulatori speciali, appaiono notevoli variazioni nella frequenza della otomicosi, senza che per questo si possa pensare a ragioni speciali.

L'O. dimostra sperimentalmente che, fra le numerose sostanze, proposte per la cura della otomicosi, la maggiore efficacia terapeutica spetta alla soluzione alcoolica di acido salicilico 2 %, ed all'acido fenico 3 %; capaci di inibire lo sviluppo dell'*Aspergillus mjges* in un minuto.

Dott. P. PITZORNO. — *Importanza del fegato nello shok anafilattico dei globuli rossi nel cane.*

Prof. G. FALCHI. — *Noterelle cliniche di sifilografia.*

Prof. E. PUCCINELLI. — *Azione dell'efedrina sul deflusso della vena femorale.*

Prof. L. SCREMIN. — *Sulla parola « farmacologia ».*

Il Segretario: Prof. A. MANAI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Dolori puntorii al polmone e dolori scapolari.

È abbastanza frequente il caso di pazienti che si lamentano di dolori di vario genere sull'ambito polmonare, specialmente avvertiti come punture o costrizione e temono di essere affetti da tubercolosi. Le radiografie sono molto spesso negative e così pure l'esame clinico.

Varie sono le cause che possono provocare tali sensazioni dolorose: dolori scapolari nei malati di fegato, dolori toracici nella faringite, come si hanno altri casi di dolori riferiti lontani dall'organo affetto (dolori auricolari dell'ascesso tonsillare, al ginocchio ed al polpaccio nella coxite, all'anca nel piede piatto. all'addome nella polmonite dei bambini). Nohl (*Medizinische Welt*, 29 aprile 1933) richiama l'attenzione sopra un'altra causa che ha riscontrato in ragazze o giovani donne, cioè sulle malattie degli organi sessuali. In quasi tutte le pazienti, egli ha trovato endometriti o annessiti o retroflessione, per lo più decorrenti senza sintomi locali. È da tenersi presente che vi sono delle donne che soffrono di dolori alla spalla durante il coito, che vanno ascritti ad un arco riflesso, come pure i dolori scapolari nelle donne che allattano.

fil.

Diagnosi di aderenze pleuriche con il metodo röntgenchimografico.

Il quadro chimografico del torace (G. v. d. Weth, *Deut. Mediz. Woch.*, 2 giugno 1933) permette di diagnosticare l'esistenza di cotenne pleuriche. Sono infatti diminuite le escursioni del diaframma verso il margine del torace; il disegno polmonare segue i movimenti del diaframma in grado minore che dalla parte sana; l'ampiezza di questi movimenti della trama polmonare diminuisce verso il margine del torace. Se le cotenne hanno sede interlobare, i movimenti del diaframma mostrano una propagazione abnorme, specialmente verso l'alto; in questi casi si osserva la diminuzione delle escursioni diaframmatiche e quella della trama polmonare verso il margine, solo se esistono cotenne anche sulla pleura parietale. L'esame chimografico permette poi di constatare sostamenti anche lievi del mediastino. Conseguenza delle cotenne e del raggrinzimento del polmone possono essere trazioni esercitate su limitate zone del cuore: l'esame elettrocardiografico dimostra che queste possono determinare svariati disturbi del ritmo cardiaco, che potrebbero essere di importanza decisiva per l'opportunità di un intervento terapeutico.

R. Pollitzer.

La differenziazione di una cisti branchiale da un ascesso tubercolare.

Secondo H. Bailey (*Brit. J. Tuberc.*, gennaio 1933), i segni fisici di una cisti branchiale e di un ascesso tubercolare sono praticamente identici. Macroscopicamente il materiale aspirato da essi non è differenziabile. I bacilli di tbc. vengono trovati nel materiale aspirato dall'ascesso tubercolare in meno di 10 su 100 casi. L'autore trovò bacilli di tbc. nel materiale aspirato da una cisti branchiale prima dell'operazione e nel contenuto del sacco dopo l'operazione. Per la differenziazione si suggeriscono alcuni criterii:

1) Le cisti sono rare, mentre gli ascessi sono comuni;

2) Le cisti si presentano fra il *diciottesimo* e il *venticinquesimo anno d'età;* mai *prima della pubertà;*

3) Se il paziente tende lo sternocleidomastoideo, si riscontrerà che esso si assottiglia sopra la cisti, mentre rimane inalterato sopra l'ascesso;

4) Nel caso di una cisti l'esame microscopico immediato del liquido aspirato rivela cristalli di *colesterina*. Aspirazioni terapeutiche, *iniezioni di narcotici* e infiammazioni possono distruggere *questi cristalli*.

Negli ultimi sette anni 30 operazioni di escissione di un ascesso tubercolare associato con noduli tubercolari hanno rivelato in 3 casi la presenza di una cisti branchiale anzichè di un ascesso tubercolare. La cisti può essere completamente enucleata. Si ritiene che coloro che trattano gli ascessi con l'aspirazione e l'iniezione usino lipiodolo e traggano dalla radioscopia le informazioni diagnostiche.

Scandurra.

CASISTICA E TERAPIA.

Influenza del ciclo normale femminile sulla motilità intestinale.

G. Halter e R. Pape (*Wiener Archiv f. inn. Medizin*, vol. 23, n. 3, 1933) hanno fatto delle ricerche in proposito durante il periodo intermestruale ed i primi giorni di mestruazione.

Secondo i dati anamnestici, su 481 casi, si ebbe nell'1,2 % costipazione, nel 9,1 % aumento di scariche intestinali durante il periodo mestruale.

Considerato a questa stregua, il ciclo mestruale appare con influenza scarsa sull'attività intestinale.

Contrapponendo i casi con costipazione abituale a quelli con funzione intestinale normale, si trova che, su 191 donne con costipazione, nel 19,8 % la funzione intestinale diventa normale durante il periodo, mentre sui 290 casi a defecazione regolare, si ha l'aumento di motilità intestinale soltanto nel 3,1 %. Il che si-

gnifica che, fra le costipate, si ha aumento di motilità intestinale da 6 a 7 volte quello delle altre.

In 15 casi, si fecero anche ricerche radiologiche. Durante il periodo mestruale, non si trovò diminuzione di motilità in 2 casi, nessuna differenza in 5, ed aumento in 8 (cioè in oltre la metà).

Fra i 5 casi con costipazione abituale, si trovò la motilità normale in 4 (forma spastica, forma ipocinetica atipica di stitichezza e dischezia); in 1 caso, aumento di costipazione.

Si può quindi concludere che nella normalità delle funzioni genitali ed intestinali, la motilità intestinale rimane invariata durante il periodo mestruale; nel caso che questo abbia un'influenza, la dimostra nel senso di aumentare la motilità; se vi è costipazione abituale, si ha più spesso un miglioramento.

Si tratterebbe di un aumento riflesso della peristaltica, indotto dalla più elevata motilità dell'utero mestruante. *fil.*

Importanza delle infezioni bucco-dentarie nel corso della gestazione.

Lantuéjoul e Dechaume (*Presse Méd.*, 36, 1933) richiamano l'attenzione sull'importanza che i focolai d'infezione bucco-dentaria hanno nella patogenesi delle infezioni delle gestanti. Essi espongono varii casi clinici e concludono ritenendo indispensabile l'accurato controllo delle condizioni dentarie delle pazienti non solo prima ma anche dopo il parto: una collaborazione dell'ostetrico col ginecologo appare indispensabile. V. SERRA.

Metrorragie tardive del puerperio.

A. Duca (*La Clinica ostetrica*, febbr. 1933) riferisce su 20 casi di metrorragie tardive del puerperio osservate su circa 6000 parti alla Maternità di Trieste. Si trattava: in 8 casi di M. dovuta a ritenzione di resti placentari e polipi placentari; in 7 di subinvoluzione uterina, in 3 di M. da processo flogistico annessiale; in 2 mancava ogni reperto palpatorio.

Molte di esse non sarebbero avvenute se si fosse avuto un parto asettico con assistenza corretta nel secondamento e si fosse fatta una immediata revisione dell'utero nei casi con sospetto di non completa espulsione della placenta. Questi rilievi danno i criteri per la profilassi.

Per quanto riguarda la *terapia*, la cura medica è quella che dà i migliori risultati.

Quando si tratta di metrorragie tardive da ritenzione di resti ovulari, si può adottare lo svuotamento digitale o strumentale. L'isterectomia va riservata per quei casi di ritenzione parziale o totale della placenta in decomposizione o di polipo placentare o di miomi in necrosi, sempre però dopo almeno il tentativo di cura medica. *fil.*

La cura della vaginite da trichomonas collo stovarsolo.

La vaginite da trichomonas è caratterizzata da secrezione abbondante, tenue, gialla, con piccole bolle gassose, di odore sgradevole con notevole irritazione della mucosa vaginale e intenso fastidio per la donna. I rimedi fin ora consigliati sono poco efficaci. G. Gellhorn (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 3 giugno 1933) consiglia l'uso dello stovarsolo in polvere (12,5 % di stovarsolo con caolino e bicarbonato sodico in parti uguali). Se ne adopera un cucchiaino ogni volta, a giorni alterni, spruzzando la polvere in vagina mediante uno speciale spruzzatore di cui l'A. dà una fotografia. Dopo 3-4 applicazioni scompare la secrezione. La cura si può continuare anche durante il periodo mestruale. R. LUSENA.

Il salasso nella cura delle amenorree.

C. Merletti (*La Clinica ostetrica*, giugno 1933) ho trovato utile il salasso nella cura di alcune amenorree, quali quella emottiva, da perfrigerazione, nella cloroanemia della pubertà, nella menopausa chirurgica.

Si estraggono dalla vena basilica mediana circa 200-250 cmc. di sangue, intervenendo ogni 60-90 giorni.

Il salasso agirebbe inducendo una maggiore attività nell'ematopoiesi e forse, per questo meccanismo, si arriverebbe a fornire all'ovaio i componenti necessari alla formazione di follicolina la quale, a sua volta, eserciterebbe un'azione benefica stimolante il ricambio cellulare dell'organismo.

Il salasso dovrebbe pertanto essere più largamente usato in concorrenza con le svariate opoterapie. *fil.*

Nella leucorrea.

Secondo E. Kottlors (*Therapie d. Gegenwart*, 1933, n. 4) il grado di pulizia della vagina dipende dal suo contenuto in acido lattico che deriva dal glicogeno esistente nelle pareti vaginali e che, in tutti i casi di leucorrea, sarebbe invece diminuito.

Con l'introduzione endovaginale di glucosio, si può aumentare tale glicogeno ed ottenere così la guarigione od, almeno, un miglioramento notevole della leucorrea.

Ogni giorno, previa applicazione dello speculum, si pulisce la portio e si introducono in vagina venti grammi di glucosio, impedendone la fuoriuscita per mezzo di un grosso tampone di cotone. In 120 casi, l'A. ha ottenuto ottimi risultati nel giro di poche settimane.

Si dovranno anche tener presenti gli altri eventuali momenti eziologici per porvi rimedio: cure di dimagramento nelle pletoriche, idroterapia nell'iperemia degli organi del piccolo bacino, preparati ovarici nell'ipofunzione dell'ovaio, ecc. *fil.*

NOTE DI DIETETICA.

I possibili pericoli della dieta ipo- ed aclorurata.

La dieta ipo- ed aclorurata è diventata una prescrizione comune che spesso anche i profani s'impongono; essa è poi la base del noto trattamento di Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch. Molto giustamente, R. Bauer (*Wiener Klin. Wochens.*, 7 luglio 1933) richiama l'attenzione sui pericoli connessi con tale dieta, che sono stati messi già in luce dai francesi.

Con tale dieta, le riserve dell'organismo in cloruro di sodio vengono notevolmente diminuite, sicchè l'equilibrio di questo sale diventa labile. Se interviene una improvvisa perdita di sale (vomiti, sudori profusi, diarree) si possono avere sintomi minacciosi. Per aumento di distruzione delle albumine, il rene, già lesionato, peggiora nelle sue condizioni e diventa incapace di eliminare l'urea, donde la manifestazione di fenomeni uremici e di anuria.

fil.

NOTE DI TECNICA.

Ricerche sui vari metodi di conservazione del complemento.

G. Piazza (*L'igiene moderna*, giugno 1933), dopo aver passato in rassegna molti dei vari metodi pratici finora impiegati per la conservazione del complemento, espone i risultati delle ricerche sperimentali che ha eseguite al riguardo.

Ha potuto così constatare che la conservazione del complemento preparato sterilmente e conservato in ghiacciaia a 0°C ed al riparo della luce, può avere un valore pratico molto relativo, sia per l'abbassamento notevole che il titolo alessinico subisce verso il 15° giorno, sia per il rapido inquinamento batterico. In base alle sue ricerche crede poi di poter concludere, concordemente ai risultati ottenuti da vari altri ricercatori, che uno dei mezzi pratici che meglio risponde allo scopo sia quello di servirsi dell'acetato di sodio in soluzione fisiologica addizionato al 4 % di acido borico. Risultati soddisfacenti, ma non altrettanto buoni che col metodo precedente, ha potuto ottenere conservando il siero fresco in ghiacciaia a 0°C e ricoprendolo con olio di vasellina sterile in modo da impedire ogni azione dell'aria.

G. LA CAVA.

IGIENE.

Devitalizzazione dei gametociti di subterzana mediante la plasmochina; applicazione alla profilassi.

È nota l'inefficienza della chinina sulle forme sessuate del parassita malarico di subterzana (estivo-autunnale), che è la forma più grave e temibile di malaria; al riguardo vanno ricordate le fondamentali ricerche di Bignami e Bastianelli, Gualdi e Martirano. D'altra parte è ormai accertata l'azione elettiva che sui gametociti esercita la plasmochina. Tale azione permette di considerare la possibilità di una vera sterilizzazione dei portatori di gametociti, ciò che sarebbe della massima importanza per la profilassi. Occorreva però fissare la quantità minima di plasmochina necessaria e sufficiente per tale scopo, cioè la durata dell'azione sterilizzante di una singola dose, in modo da stabilire l'intervallo più adatto per la somministrazione.

È quanto hanno fatto F. Jerace e A. Giovannola (*Rivista di Malariologia*, maggio-giugno 1933) mediante pazienti ricerche, condotte con quel rigore scientifico a cui la Stazione Sperimentale per la Lotta antimalarica ci ha ormai abituati.

Le ricerche sono state fatte su 32 malarici con gametociti di *Pl. falciparum*, precedentemente sottoposti ad un trattamento curativo con chinina ed atebrin, che non aveva ridotto affatto il potere infettante dei gametociti. Su di essi, si faceva il conteggio dei leucociti e quello delle semilune, osservando al tavolino riscaldatore la flagellazione dei microgametociti. Si propinava la plasmochina e si facevano poi nutrire su tali individui per 7 giorni consecutivi degli anofeli (50 per ognuno), sezionando questi a partire dal 5° giorno dopo il pasto. Per dare un'idea della intensità del lavoro, basti pensare che furono usati 7873 anofeli, di cui 2300 prima della somministrazione della plasmochina e 5573 dopo.

Si veniva in tal modo a stabilire dopo quanto tempo cessava l'azione del rimedio sui parassiti.

L'azione sterilizzante ottenuta mediante una dose di 2 cg. di plasmochina, ebbe la durata di almeno 7 giorni (gli AA. hanno stimato superfluo di spingere oltre la ricerca). Riguardo all'azione sul numero delle semilune, essa ha scarsa importanza; a ogni modo, dapprima queste mostrano aumento e poi notevole diminuzione che va sino alla scomparsa completa; nel 50 % dei casi questa ha luogo a partire dal terzo giorno dopo la somministrazione della plasmochina e si mantiene nei giorni successivi.

Per la profilassi, nelle zone con moderata endemia è da considerare sufficiente la somministrazione settimanale di 2 cg. di plasmochina, mentre nelle zone iperendemiche gli AA. consigliano due somministrazioni settimanali della stessa dose. La somministrazione regolare all'intera popolazione è bastevole a sterilizzare le sorgenti d'infezione. Si tratta di un metodo semplice e pratico di lotta contro la malaria.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Su di un nuovo etere della colina.

L. Dautrebande (*Paris Médical*, 6 maggio 1933) ha sperimentato sui cani l'azione farmacodinamica della lentina, o carbaminocolina, un etere della colina simile all'acetilcolina, ma molto più attivo.

Questo preparato ha un'azione parasimpaticomimetica molto potente, che si evidenzia con una notevole bradicardia anche a dosi di 2/100 o 3/100 di milligrammo su di un cane di 10 kg.

La bradicardia è preceduta però da un periodo di tachicardia, il quale coincide con l'ipotensione provocata dal farmaco stesso. La tachicardia si ha anche coi vaghi resecati: essa è di origine riflessa, cardioaortica e sinocarotidea (nervi di Cyon e di Hering).

La carbaminocolina paralizza, per un breve periodo, il sistema vasomotore periferico: e durante l'ipotensione non si riesce a far risalire la pressione, nè con l'adrenalina nè con l'occlusione delle carotidi.

Anche sulla respirazione la lentina ha una azione eccitante, se somministrata in piccole dosi.

Iniettandola nelle carotidi si osserva una stimolazione respiratoria istantanea e un'iperpnea secondaria, contemporanea all'ipotensione. La prima deriva da una sensibilità elettiva del ganglio intercarotideo agli stimoli chimici, la seconda è dovuta in modo particolare ad uno stimolo riflesso prodotto dall'ipotensione.

La lentina è stata sperimentata anche sull'uomo: iniettata alla dose di 1/10 di milligrammo per via endovenosa o di 2/10 per via intramuscolare, produce una brusca, notevole, transitoria ipotensione nel primo caso, meno notevole, ma più duratura nel secondo.

M. PONS.

Il quoziente lipoidico colesterina: lecitina nel sangue dei diabetici.

G. Casolo (*Arch. per lo studio della fisiop. e Clin. del Ricambio*, anno I, vol. II) studia il quoziente lipoidico del sangue in 40 diabetici di varia gravità. Dalle sue ricerche risulta che l'aumento dei lipoidi interessa non solo la colesterina, ma anche la lecitina.

La colesterina è in progressivo aumento andando dalle forme lievi alle gravissime. La lecitina è già elevata nei casi lievi e subisce scarsi ulteriori innalzamenti negli altri.

Quale conseguenza di queste variazioni, il quoziente lipoidico colesterina: lecitina è appena sotto la norma nei diabetici lievi e sale progressivamente nei gravi e gravissimi. Il quoziente lipoidico del sangue nel diabete mellito parrebbe dunque seguire il quadro clinico.

L'A. accenna alle varie ipotesi formulate per spiegare l'iperlipoidemia diabetica e cerca di chiarirne il significato biologico in base alle correlazioni fra lipoidi e sistema neuro-vegetativo.

C. TOSCANO.

Assideramento e acidosi.

Lo studio della resistenza all'assideramento e dei fattori capaci di modificarla può portare a risultati interessanti nei riguardi del problema del funzionamento dei meccanismi di termoregolazione.

Nelle ricerche finora eseguite, non si è preso in considerazione (secondo Di Grazia in *Rassegna di Ter. e Pat. Clinica*, aprile 1933) lo stato dell'equilibrio acido-basico dell'organismo.

Partendo da questa constatazione l'A. ha eseguito esperienze in cavia, sottoposta a rapide perfrigerazioni, dopo avervi determinato un certo grado di acidosi, mediante somministrazione, per via parenterale di acido cloridrico.

Ne risulta che negli animali in acidosi, (e cioè che avevano ricevuto un'iniezione endoperitoneale di HCl 0,1 *n*, cmc. 0,5-10) la morte per assideramento sopravviene prima che nei controlli. Negli animali acidificati le temperature degli organi sono, alla morte, ad un livello più alto che nei controlli, la milza non risulta modificata, la cistifellea è sensibilmente ridotta di volume.

Queste modificazioni vengono attribuite ad una azione paralizzatrice dell'acido sul metabolismo e sui centri nervosi, che diverrebbero precocemente esauribili.

M. COPPO.

VARIA.

Il succhiamento delle dita nell'infanzia.

È ben nota l'abitudine di alcuni bambini di succhiarsi le dita, abitudine che, per alcuni si conserva a lungo. Chi scrive ricorda una bambina che ha continuato fino ad oltre i 6 anni a succhiarsi il pollice e che ne ha avuto come conseguenza una deformità delle arcate dentarie. M. Schaechter (*Med. Klinik*, 11 agosto 1933) esclude nella patogenesi il sesso, la costituzione, il modo di nutrizione e ricorda la patogenesi indicata da Freud, che considera la bocca come una delle zone erogene e vede nel succhiamento delle dita una forma di attività sessuale. Tale modo di vedere è giusto, tanto più considerando che il succhiamento continua anche nei periodi extradigestivi e che il bambino manifesta durante tale atto un appagamento.

Nei bambini nervosi, poi, l'atto si viene fissando e continua anche più avanti. Esso, anzi, è per Benjamin un sintoma del bambino nervoso insieme ad altri, come: stereotipie, tic, disturbi nell'assunzione dei cibi, inquietudine motoria, incapacità di concentrazione, enuresi, pollachiuria, ecc.

Il trattamento non è difficile nel poppante spalmando il dito con sostanze amare o disgustose; è più difficile nel bambino più grandicello, in cui si ricorrerà alla severa proibizione e ad una buona educazione.

Gli artisti, buoni osservatori, non hanno trascurato il succhiamento delle dita da parte dei poppanti che è spesso riprodotto nelle opere dei nostri grandi pittori. Ne tratta, inquadrandolo nella teoria psicoanalitica, G. Mazzini, nel suo recente lavoro, « Il Bambino nell'arte », pubblicato da Hoepli.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI

ABBIATEGRASSO (*Milano*). *Ospedale di Circolo Costantino Cantù*. — Scad. 10 ottobre, ore 18; direttore e medico primario; L. 16.000 decurtate del 12 %, 4 quinquenni dec., alloggio, partecipaz.; l. doc. in patologia o clin. med. e competenza in tisiologia. Letti 140.

ACIREALE (*Catania*). — Scad. 15 nov.; direttore del Dispensario antitubercolare del Comune; lire 5280 già decurtate del 12 %, oltre L. 440 trasp., c.-v.; età lim. 44 a.; tassa L. 50,10. Chiedere annunzio.

AGNONE (*Campobasso*). — Scad. 17 nov.; L. 5000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 39 a.; tassa L. 50.

ALTOMONTE. — Uff. San., L. 2500. (V. COSENZA).

ARMENTO (*Potenza*). — Scad. 15 ott.; L. 7000.

ASIAGO (*Vicenza*). — Scad. 10 ott., ore 17; 3ª cond.; L. 10.000 per 1000 pov.; addizion. L. 300 ogni 100 pov. in più; 6 quadrienni dec.; L. 300 ambul.; riduz 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 29 ag.

AVELLINO. *R. Prefettura*. — Scad. 90 giorni dal 16 ag.; uff. san. consorzio Villanova del Battista-Zungoli (ab. 4965); L. 7000 oltre L. 3000 trasp. e 3 quadrienni dec.; titoli ed esami; età lim. 45 a. al 16 ag.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50 al Tesoriere Provinc.; ritenute di legge.

BELVEDERE MARITTIMO. — Uff. San., L. 4500. (V. COSENZA).

BENEVENTO. *Amministraz. Provinc. del Sannio*. — Scad. 30 ottobre, ore 12; direttore del Brefotrofio Prov.; L. 6000 lorde; periodo di prova 2 anni, disdetta 3 mesi prima; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Chiarimenti dalla Segreteria Gener. dell'Amministraz. Provinc.

BERBENNO (*Bergamo*). — Scad. 31 ott.; L. 9600 aumentabili, addizionali L. 2 ovvero L. 5 per tutti gl'inscritti; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

BONIFATI. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

BRESCIA. *OO. PP. Raggruppate Ospedale dei Bambini « Umberto I » e Istituto Rachitici*. — Scad. 15 nov., ore 18; primario della Sez. Pediatrica; L. 6000 lorde e compartecipaz.; età lim. 42 a. al 15 ag.; doc. ad 1 mese stessa data; chied. annunzio.

CARIATI. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

CASAPE (*Roma*). — Scad. 15 ott.; L. 10.500 oltre L. 400 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CASTELFRANCO DI SOTTO (*Pisa*). — Scad. 3 nov.; L. 8500 e 8 trienni dec., c.-v., L. 3000 cavalc.

CIVITA. — Uff. San., L. 2500. (V. COSENZA).

CHIAVERANO (*Aosta*). — Scad. 10 nov.; con Cascinette; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500-3500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CHIVASSO (*Torino*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 iniziali.

COSENZA. *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami. Scadenza 31 ottobre 1933-XII. Posti di Ufficiale Sanitario nei seguenti Comuni, con lo stipendio a fianco di essi indicato: Altomonte, L. 2500; Belvedere Marittimo, L. 4500; Bonifati, L. 3500; Cariati, L. 3500; Civita, L. 2500; Cropalati, L. 3500; Diamante, L. 2500; Fuscaldo, L. 4500; Laino Bruzio, L. 3500; Longobucco, L. 4500; Mendicino, L. 3500, Mormanno, L. 3500; Rende, L. 4500; Rogiano Gravina, L. 3500; San Demetrio Corone, L. 3500; San Pietro in Guarano, L. 3500; Terranova di Sibari, L. 3500; Verbicaro, L. 3500.

CROPALATI. — Uff. San., L. 3500 (V. COSENZA).

DIAMANTE. — Uff. San., L. 2500. (V. COSENZA).

FABBRICA CURONE (*Alessandria*). — Il Podestà informa che il termine del 31 agosto fissato per la presentazione delle domande e documenti pel concorso alla condotta di Fabbrica Curone con residenza in Garadassi, è stato prorogato al 1° ottobre 1933. Le condizioni e modalità indicate nel N. 27 del 3 luglio di questo periodico restano invariate, con l'avvertenza che lo stipendio e le indennità si intendono al lordo di tutte le riduzioni e ritenute di legge.

FANO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 7 nov.; cond. rurale; L. 8300 oltre L. 3000 trasp., c.-v.; 10 bienni ventes.; addizionali L. 2 e L. 3; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

FRANCAVILLA MARITTIMA (*Cosenza*). — Scad. 25 ott.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

FUSCALDO. — Uff. San., L. 4500 (V. COSENZA).

GENOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Scad. 16 ott.; direttore e vice-direttore del Consorzio, medico-aiuto del Dispensario di Genova; stipendi rispettiv. L. 24.000, L. 18.000 e L. 12.000; 4 quinquenni dec.; indenn. carica L. 5000, L. 4000 e L. 3000; età lim. 45 a.

GUBBIO (*Perugia*). — Scad. 30 sett.; 3° reparto; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1800 serv. att., aggiunta famiglia; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

LAINO BRUZIO. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

LAVENO (*Varese*). — Scad. 30 sett.; consorzio; L. 9000 e 5 quadrienni dec. oltre indenn. varie; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

LESSOLO (*Aosta*). — Scad. 15 ott.; con Fiorano; L. 9000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 500 bicicletta; riduz. 12 %.

LONGOBUCCO. — Uff. San., L. 4500. (V. COSENZA).

MASSALOMBARDA (*Ravenna*). — Scad. 22 sett.; reparto interno e direz. Ospedale Civ.; L. 9500 e 10 bienni ventes., riduz. 12 %, aggiunta farm.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MELFI (*Potenza*). — Scad. 30 ott.; uff. san.; titoli ed esami; stip. iniziale L. 4000.

MENDICINO. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

MONTEFIORE DELL'ASO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 15 nov.; L. 8500 e quadrienni dec.

MORMANNO. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

NARNI (*Terni*). *Ospedale Civile*. — Scad. 25 nov.; aiuto chirurgo; L. 6500; ritenuta 12 %; vitto e alloggio; percentuali; 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

ONOFERI (*Nuoro*). — Scad. 24 ott.; L. 10.500 oltre L. 1600 uff. san.

ORANI (*Nuoro*). — Scad. 30 sett.; L. 10.500 e 4 quadrienni dec. oltre L. 500 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

PERDASDEFOGU (*Nuoro*). — Per titoli. Posto di medico condotto. Stipendio iniziale L. 9000. Indennità di Uff. Sanitario L. 500 al lordo della ritenuta del 12 % e di tutte le altre di legge. Indennità gestione armadio farmaceutico L. 1056 e L. 739,20 di caro viveri, finchè sarà mantenuto, se ammogliato; queste ultime indennità, al lordo solo di R. M. e Complementare. Cinque aumenti quadriennali del decimo dello stipendio iniziale. Le domande in carta da bollo da L. 3, insieme ai prescritti documenti l'elenco dei quali con le rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Perdasdefogu, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 31 ottobre 1933-XII.

PERRERO (*Torino*). — Scad. 10 nov.; consorzio (3 Comuni): L. 10.000 e 6 aumenti di complessive L. 5000, oltre L. 900 uff. san., L. 3500 trasp., L. 600 alloggio; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

PESARO. *Comune*. — Scad. 7 dic.; per Fiorenzuola di Focara; L. 7500 e 10 bienni ventes., addizionali L. 2 e L. 3, c.-v., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PESCARA. *Amministrazione Provinciale*. — Il Preside informa che il termine per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per la nomina del Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e di Profilassi, è prorogato sino alle ore diciannove del 30 settembre 1933-XI.

PESCOPAGANO (*Potenza*). — Scad. 31 ott.; L. 7000 e 6 quadrienni dodicesimo.

POTENZA — Scad. 25 ott., ore 18; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; addizionale L. 5 oltre i 400 pov.; riduzioni di legge; tassa L. 50,10; età lim. 40 a. al 24 ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; serv. entro 15 gg. Rivolgersi Commissario Prefettizio.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova*. — La scadenza del concorso al posto di medico-aiuto del Reparto di Ginecologia ed Ostetricia con annessa Maternità è prorogata al 31 ottobre 1933-XII, ore 18. Rivolgersi all'Amministrazione.

RENDE. — Uff. San., L. 4500. (V. COSENZA).

ROGIANO GRAVINA. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

SACROFANO (*Roma*). — Scad. 30 ott.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 3 oltre i 1000 pov., c.-v. L. 2112, uff. san. L. 804; arm. farm. L. 1672; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

S. DEMETRIO CORONE. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

S. GIOVANNI LA PUNTA (*Catania*). — Scad. 15 nov., ore 18; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; decurtazione 12 %.

S. PIETRO IN GUARANO. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

S. POLO DEI CAVALIERI (*Roma*). — Scad. 30 nov.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.

SIENA. *Comune*. — Scad. 31 ott.; 3ª cond.; lire 8300 e 10 trienni fino a L. 13.300, oltre L. 1300 assegno complement., c.-v.; età lim. 34 a.; riduz. 12 %.

TERRANOVA DI SIBARI. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

TORTONA (*Alessandria*). *Ospedale Civile*. — Scad. 15 nov.; assistente medico; L. 3600; riduz. 12 %; partecipaz. 15-20 %; età lim. 30 a. Rivolgersi Segreteria Congregaz. di Carità.

TUSCANIA (*Viterbo*). — Scad. 8 nov.; 2ª condotta; L. 9500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 1440 c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

VEDELAGO (*Treviso*). — A tutto il 30 settembre. Posto di medico condotto del 1° Reparto. Stipendio L. 8000 oltre indennità mezzo di trasporto e caro viveri. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

VERBICARO. — Uff. San., L. 3500. (V. COSENZA).

VICENZA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di Coadiutore della Sezione Batteriologica e Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e di Profilassi. Al posto è assegnato lo stipendio annuo di L. 15.000 elevabile a L. 22.500 per gli aumenti periodici; l'indennità di servizio attivo di annue L. 2000; l'indennità di caro-viveri alle condizioni e nella misura in vigore per il personale della Provincia, con la compartecipazione negli introiti provenienti dalle ricerche ed analisi. Detti assegni sono al lordo della riduzione del 12 per cento e delle altre trattenute di legge. Documenti di rito e titoli di cui al R. D 16 gennaio 1927, n. 155. Età non superiore anni 35 s. e. l. Scadenza ore dodici del 20 ottobre 1933-XI. Tassa concorso L. 50. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale.

VILLALBA (*Caltanissetta*). — Scad. 29 ott.; L. 8500 e 5 quinquenni dec., L. 500 se uff. san.; decurtate 12 %; età lim. 35 a.

ZARA. *Consorzio Provinc. Antituberc. dell'Istria*. — Scad. 4 nov., ore 18; direttore del Consorzio e aiuto medico del Dispensario di Pola; stipendi rispettiv. L. 18.000 e L. 12.000; 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a. al 4 sett.; tassa L. 50. Chiedere annunzi.

ZARA. *Comune*. — Scad. 31 ott., ore 12; L. 12.500 oltre L. 1000 ambulat., c.-v., 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 6 mesi dal 1° sett.

ZEVIO (*Verona*). *Ospedale Chiarenzi*. — Scad. 31 ott.; medico assistente effettivo; L. 4500 e compartecipazioni; vitto e alloggio; età lim. 35 a. al 25 ag.; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente deliberazione il Consiglio di amministrazione dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni di Torino, dietro proposta della Commissione giudicatrice, composta dei proff. Ferdinando Micheli, Luigi Fornaca e Gustavo Mattirolo, ha assegnato il premio biennale di L. 3000 istituito per gli aiuti ed assistenti di medicina per il miglior lavoro scientifico e pratico, al prof. G. A. Audo-Giannotti, aiuto del prof. G. Quarelli.

Il dott. Luigi Bombi, chirurgo primario dell'Ospedale di Montebelluna, è nominato, in esito

a concorso, chirurgo primario dell'Ospedale « Benito Mussolini » di Ragusa.

Il dott. Guido Mischer, libero docente a Zurigo, è nominato direttore di quella Clinica dermatologica in sostituzione del dott. Bruno Bloch, deceduto recentemente.

Il prof. Franz Schutz è nominato direttore dell'Istituto d'igiene dell'Università di Berlino.

Il prof. Catel, di Berlino, è chiamato alla cattedra di pediatria dell'Università di Lipsia.

Il prof. Ferdinand Blumenthal, già direttore dell'Istituto del cancro di Berlino, esiliato dalla Germania perchè ebreo, è stato invitato dal governo della Jugoslavia ad occupare una cattedra vacante nell'Università di Belgrado.

NOTIZIE DIVERSE.

39° Congresso italiano di medicina interna.

Ricordiamo che il XXXIX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna avrà luogo in Pavia, dal 18 al 21 ottobre nella sede della R. Clinica Medica.

I temi di relazione sono:

1) « L'uremia », relatore il prof. Ferruccio Schupfer;

2) « Le infezioni focali », relatori i proff. Marcello Lusena e Virgilio Chini;

3) « Le malattie da lesioni delle paratiroidi » (in comune con la Società di Chirurgia), relatore di parte medica il prof. Pietro Sisto; relatore di parte chirurgica il prof. Mario Donati.

I soci che intendono presentare comunicazioni, debbono farle pervenire alla Segreteria del Congresso (R. Clinica Medica, Policlinico, Pavia), entro il 23 settembre. Scaduto tale termine, sarà dato alla stampa il programma ufficiale dei lavori e non saranno accettate altre comunicazioni.

La tassa d'iscrizione al Congresso è di L. 75. Per qualsiasi informazione rivolgersi al segretario del Congresso, dott. prof. Paolo Introzzi, R. Clinica Medica, Policlinico S. Matteo, Pavia.

40° Congresso italiano di chirurgia.

Il XL Congresso della Società Italiana di Chirurgia avrà luogo a Pavia dal 18 al 21 ottobre, nella R. Clinica Chirurgica, sotto la presidenza del prof. Gaetano Fichera. Saranno trattati i seguenti temi di relazione:

1° « Drenaggio delle vie biliari (derivazione della bile) », relatore il prof. A. Uffreduzzi (Torino);

2° « Malattie da lesioni delle paratiroidi » (in comune con la Società It. di Medicina Interna), relatori i proff. M. Donati (Milano) e P. Sisto (Modena).

Rivolgersi al prof. G. Serra, segretario del Comitato organizzatore, R. Clinica Chirurgica, Policlinico S. Matteo, Pavia.

1° Congresso internazionale di medicina dello sport.

Si è svolto a Torino, come abbiamo più volte annunziato, in occasione delle Gare sportive universitarie internazionali.

Vi hanno partecipato moltissimi studiosi.

Speciale imponenza ha assunto la cerimonia inaugurale, tenutasi nell'Aula Magna dell'Università; essa è stata onorata dall'intervento di S. E. Starace, di S. E. Ercole, di moltissimi senatori, deputati e rettori universitari, di autorità politiche e amministrative.

Il rettore dell'Università di Torino, prof. Pivano, rileva che il Congresso attuale si propone il nobilissimo scopo di recare allo sport gli aiuti della scienza medica. Dichiara che il suo Ateneo favorirà le ricerche in questo nuovo ramo della medicina, rivolto al perfezionamento dell'attività sportiva e, quindi, della maggiore sanità della razza. Ricorda le memorabili parole del Duce, con cui ammoniva che bisogna essere forti.

Il podestà di Torino, conte Thaon de Revel, lumeggia l'importanza degli studi per l'incremento dello sport, come elemento essenziale di igiene, di miglioramento e rinvigorimento della razza. Accenna ai nuovi orizzonti che con tali studi si aprono alla scienza medica; e la città di Torino che ascrive a singolare vanto l'avere apprestato, nel nome del Duce, il grandioso Stadio, plaude alle alte finalità del Congresso.

Il prof. Ugo Cassinis, presidente della Federazione Italiana Medici Sportivi, osserva che la sorveglianza medica negli sports ha lo scopo di formare una gioventù veramente robusta, cui all'aumentato miglioramento lavorativo si unisca il costante progresso delle qualità atletiche e di quelle intellettuali. La Federazione è orgogliosa di poter mostrare ai maestri italiani e stranieri il cammino percorso in soli tre anni per volontà del Duce. Fa omaggio a S. E. Starace di una medaglia d'oro, il cui disegno del grande Leonardo sull'uomo normale definisce il fine che la Federazione si è prefissa di raggiungere. Termina pregando S. E. Starace di recare al Duce l'illimitata devozione dei camerati e l'espressione dell'ammirazione dei colleghi stranieri.

S. E. Starace porge il saluto dell'Italia Fascista agli intervenuti italiani e stranieri e traccia le direttive della Federazione.

Dei lavori daremo notizia prossimamente.

2° Congresso medico calabrese.

Dal 3 al 5 settembre si è svolto a Reggio Calabria, come ne avevamo dato annunzio, il 2° Congresso medico-chirurgico calabrese, alla presenza di molti medici della Regione e d'intervenuti dalle Cliniche prossimiori. Notevoli le relazioni; il prof. Puca ha trattato dell'epilessia in rapporto ad alcune località calabresi; il prof. Tropea delle infezioni puerperali; il prof. Salvadori della tubercolosi laringea in rapporto con l'infezione polmonare; il prof. Misasi delle meningiti. Il dott. Vincenzo Lo Bianco ha parlato dei mezzi di profilassi contro le malattie tubercolari, intrattenendosi sulla vaccinazione preventiva.

Hanno avuto luogo interessanti gite.

5° Corso di cultura medica a Varese.

La cerimonia inaugurale si è tenuta, con largo intervento di medici, il 3 settembre.

Parlarono il prof. Ponticaccia, direttore del corso, e l'on. Morelli, segretario generale del Sindacato Medico Nazionale. L'on. Morelli illustrò la necessità in cui i medici si trovano di rinnovare, perfezionare, aggiornare continuamente la loro preparazione tecnica e la loro cultura scientifica; d'onde l'utilità grandissima dei corsi di perfezionamento, come pure quella dei giornali medici. A proposito di questi ultimi, rilevò i danni recati dai giornali pubblicitari, che sostengono gl'interessi di una Ditta attraverso una pseudoscienza e vivono al solo scopo di magnificare i prodotti della Casa, deformando la cultura del medico:

essi vanno eliminati; va fatta eccezione per le pubblicazioni scientifiche serie delle Case industriali. Chiuse il forte discorso elevando un pensiero di riconoscenza al Duce, che sa valutare ed apprezzare l'opera del medico italiano e affermando vibratamente che migliorare il medico vuol dire migliorare la Nazione.

Opera Pia Nazionale per gli orfani dei sanitari in Perugia.

Il rinnovato Consiglio dell'O. P. si è adunato per la prima volta il 22 agosto, sotto la presidenza del sen. Simonetta. Dopo discussione, venne approvato il bilancio preventivo per il 1934, il quale importa L. 1.596.375 e prevede l'assistenza scolastica a 59 orfani. L'on. Morelli indirizzò parole di alto elogio al sen. Simonetta. Furono inviati telegrammi al marchese Solaro Del Borgo per S. M. la Regina ed a S. E. Benito Mussolini.

L'assistenza sanitaria nell'O. N. B.

Il presidente dell'Opera Nazionale Balilla ha diretto ai Comitati provinciali dell'Opera una circolare riflettente l'attività generale della organizzazione. Si rilevano in essa i seguenti dati che riguardano l'assistenza sanitaria: il numero degli Ambulatori, di cui si vale l'Opera, è salito a 3.155, e quelli di sua proprietà sono pure aumentati, essendo ora 440; il numero dei medici e consulenti, che prestano disinteressata opera a favore dell'organizzazione, è aumentato da 3.783 a 5.296; sono state effettuate nel primo quadrimestre dell'anno XI, oltre 320.000 visite mediche con redazione della relativa cartella biotipologica, utilizzata anche per il controllo periodico scientifico della crescenza fisica e psichica dei giovanetti organizzati. Tale controllo si effettua già con ottimi risultati ad opera di alcuni Comitati provinciali, fra i quali Genova con 20.000 ragazzi già visitati, Napoli 12.000, Palermo 18.000, Milano e Padova ecc. Ottima riuscita hanno fatto i Corsi di igiene e di pronto soccorso.

Onoranze ai caduti del Corpo Sanitario.

Il Comando dell'89° Reggimento Fanteria, in ricordo dei propri ufficiali medici eroicamente caduti sul campo dell'onore, ha intitolato ciascuna delle tre maggiori sale di ricovero della Infermeria reggimentale, rispettivamente, al tenente medico Alfonso Priori da Torino di Sangro (Monticelli di Lebda, 12 giugno 1912) e ai sottotenenti medici Giovanni Rebuffo da Genova (Mrzli, 3 giugno 1915) e Pasquale Amedeo da Catanzaro (Carso, quota 208, 10 ottobre 1916). Tutt'e tre gli ufficiali furono decorati di medaglia d'argento al valor militare.

Con solenne austera cerimonia nella Scuola speciale per fanciulli anormali psichici « Z. Treves » in Milano, le aule sono state consacrate in gran parte a Caduti del Corpo sanitario.

Un centro per la cura del cancro a Pavia.

Per iniziativa di S. E. il Prefetto Turbacco si sta per costituire al Politecnico San Martino di Pavia un centro di diagnosi, cura e profilassi del cancro. Il prof. Fichera, commissario della Sezione pavese per la lotta contro il cancro e direttore della Clinica chirurgica, ha esposto in una importante riunione le linee generali del lavoro da svolgere e i punti di massima.

" Aiuto al cardiaco ", in Argentina.

Il prof. Rafael A. Bullrich, decano della Facoltà medica di Buenos Aires, ha promosso un'opera di assistenza sociale intitolata « Aiuto al cardiaco », simile a quella fondata a Parigi da Vaquez. Vi ha aderito l'associazione di Biotipologia, Eugenica e Medicina Sociale, presieduta dal prof. Mariano R. Castex.

L'istituzione organizzerà dei dispensari nei più importanti ospedali cittadini, allo scopo di assistere, orientare, vigilare, tutelare i cardiaci, procurar loro lavori idonei alle loro condizioni fisiche, sovvenire le famiglie durante il riposo forzato di essi in ospedale, dirigere i ragazzi cardiopatici nella scelta degli esercizi fisici e della professione, accudire alle cardiache in stato di gravidanza ecc.

Il primo dispensario per cardiaci viene organizzato nell'Ospedale Ramos Mejía.

Basta enunziare le finalità dell'iniziativa per valutarne l'importanza sociale ed umanitaria.

Riforma degli studi medici in Francia.

In seguito a un dibattito avutosi nell'ultima sessione del Consiglio Superiore dell'Istruzione Pubblica in Francia — ove trovò eco una campagna dei Sindacati — il Ministro francese della I. P. ha elaborato uno schema di decreto per la riforma dell'insegnamento medico. L'innovazione maggiore riguarda l'insegnamento preliminare, che cambia nome: invece di P.C.N. (fisica, chimica e scienze naturali) diviene P.C.B. (fisica, chimica e biologia) e vi è aggiunto un programma di matematica, che comporta i seguenti insegnamenti: trigonometria: funzioni circolari; radicali ed esponenti; logaritmi e tavole logaritmiche; coordinate e rappresentazione grafica delle equazioni di primo grado; derivate e variabili; massimi e minimi; differenziale di una funzione variabile; funzioni esponenziali e logaritmiche; funzione primitiva e applicazione al calcolo delle aree. Ecco un nuovo orientamento: non è dubbio che, possedendo queste nozioni, si diverrà dei medici perfetti... I sindacati medici, che avevano per primi sollevato il problema della riforma degli studi medici, non sono stati interpellati.

Anniversario di laurea.

I medici laureatisi a Roma nell'anno accademico 1922-23, i quali desiderino di ritrovarsi per festeggiare il decennio della laurea, sono pregati di far pervenire la loro adesione al prof. M. Silvagni, R. Clinica odontoiatrica, Policlinico Umberto I, Roma.

Un po' dovunque.

Si sono svolti a Bolzano i congressi italiani di oto-rino-laringologia e di fonetica biologica e foniatria; ne daremo ulteriori notizie.

Il 24 settembre la Società di Oto-Neuro-Oftalmologia terrà una riunione Piemontese-Ligure-Lombarda ad Acqui. Alla riunione hanno già dato l'adesione numerosi professori, fra i quali Besta, Donati, Di Marzio, Lugaro, Guglianetti, Delieto Vollaro. La riunione sarà completata da una mostra dei « Metodi operatori ed accorgimenti diagnostici » del campo delle tre specialità.

Le adesioni, le prenotazioni per le camere ed il pranzo si ricevono presso il Segretario della Società, prof. Raverdino, primario oculista, Spedali Civili, Brescia.

Il congresso della Società tedesca di urologia, che doveva tenersi a Vienna in ottobre, è rimandato *sine die*.

La Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 28 luglio, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. Fabris; furono fatte comunicazioni dal prof. Coletti e dai dottori Tomasi e Rossi.

Le Giornate Mediche Galiziane si sono svolte con pieno successo; vennero inaugurate il 12 agosto dal ministro spagnolo della sanità pubblica.

Per iniziativa dell'Unione Medica Latina, S. E. Alberto Lutrario, ex direttore generale della Sanità Pubblica in Italia, terrà il 23 ottobre, all'Istituto oceanografico di Parigi, una conferenza sul tema « La redenzione del territorio romano mediante l'igiene. La fine delle antiche Paludi Pontine ». La riunione sarà presieduta dall'ambasciatore d'Italia, S. E. il conte Pignatti Morano di Custoza.

Si è inaugurata l'Università internazionale di Santander, che occupa l'antico palazzo reale della « Magdalena », al nord della Spagna, e che ha lo scopo di avvicinare per brevi periodi gli studiosi di più alta reputazione mondiale con volenterosi di apprendere: si tratta di un organismo di cooperazione intellettuale che non conferisce gradi accademici o diplomi.

L'epidemia di dermotifo sviluppatasi a Santiago del Cile e di cui demmo già notizia ha assunto vaste proporzioni; 17 brigate sanitarie prestano opera di soccorso ai colpiti; si procede a disinfestioni sistematiche delle vetture tranviarie e ferroviarie e delle abitazioni; non bastando i locali d'isolamento, si è adibita a tale scopo la grande caserma del 4° reggimento cavalleria; tutti i luoghi di ritrovo pubblici sono stati chiusi; prima della chiusura delle scuole (dei vari gradi), gl'insegnanti hanno tenuto delle conferenze sui mezzi di difesa. Il direttore della sanità è stato autorizzato a far isolare i rioni cittadini maggiormente colpiti.

Ad Imola, sua città natale, è morto il prof. TOMMASO CASONI, già aiuto della Clinica Medica di Cagliari e per oltre 20 anni primario all'Ospedale Vittorio Emanuele di Tripoli.

Valente professionista, assai stimato nella nostra Colonia, era noto per alcuni suoi studi, fra i quali la dermoreazione a scopo diagnostico nelle affezioni da echinococco, che va appunto sotto il nome di « reazione del Casoni ».

Aveva appena varcato la cinquantina, e la sua scomparsa ha destato unanime rimpianto.

F. G.

È morto a Parigi in età di 92 anni il prof. GEORGES HAYEM, che insegnò terapia e poi clinica medica (al Saint-Antoine); fu insieme un grande clinico e uomo di laboratorio; è considerato uno dei fondatori della gastro-enterologia; vanno ricordati i suoi studi sulle emopatie e la loro cura, sulle encefaliti, sulle miositi, sulle atrofie muscolari. Presiedette l'Accademia di Medicina di Parigi. Diresse per molti anni la « Revue des Sciences Médicales de France et de l'Étranger ». La sua opera è caratterizzata da precisione, metodo, somma coscienziosità.

A. P.

È morto a 82 anni il dott. Joseph Verco, consulente medico dell'Ospedale di Adelaide e insegnante onorario in quella Università, considerato una delle maggiori autorità mediche dell'Australia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

Anno XL Roma, 25 Settembre 1933-XI Sezione Pratica N. 39

"IL POLICLINICO"

COLLANA MANUALI DEL "POLICLINICO" **N. 19-20I-20II-21**

Importante pubblicazione a disposizione dei nostri abbonati:

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI Direttore della R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica di Roma

Manuale di Oto-Rino-Laringoiatria

VOLUME I° Parte generale. Naso e cavità annesse

INDICE SISTEMATICO — **Introduzione.** — Importanza, intenti e confini moderni dell'oto-rino-laringologia. — **Parte prima:** NASO: Sviluppo storico delle conoscenze di rinologia. - Anatomia e fisiologia del naso. Sviluppo delle cavità nasali. - Preliminari di anatomia del naso. - Preliminari di fisio-patologia generale del naso. - Esame del naso. - Sintomatologia generale: Ostruzione nasale. Secrezione nasale. Disturbi della parola d'origine nasale. Disturbi oculari. Disturbi olfattori e gustativi. Anestesia. Iperestesia. Parestesie. Disturbi sensoriali. Epitassi. Riflessi nasali. Turbe d'ordine endocrino. - Profilassi. - Fondamenti nella terapia delle fosse nasali. — **Parte seconda:** PATOLOGIA DEL NASO: Dermatosi del naso. - Anomalie e deformità del naso. - Traumi del naso. - Corpi estranei nel naso. - Riniti: Riniti acute. Riniti croniche. - Tumori del naso. — **Parte terza:** SENI O CAVITA' ACCESSORIE DEL NASO: Seni frontali. - Seni mascellari. - Seni etmoidali. - Seni sfenoidali. — **Parte quarta:** IPOFISI CEREBRALE E FARINGEA. — **Parte quinta:** L'OPERA DEL RINOLOGO NELLA CURA DELLA DACRIOCISTITE PURULENTA CRONICA.

Volume in-8° di pagg. XVI-524, nitidamente stampato, con 224 figure nel testo.

Prezzo L. 58, più le spese postali di spedizione.

Per gli abbonati ai nostri periodici sole L. 52,75 in porto franco.

VOLUME 2° (Parte I). Bocca - Faringe - Timo - Tiroide

INDICE SISTEMATICO. — BOCCA: Sviluppo storico delle conoscenze di patologia della bocca. - Profilassi. - Esame della bocca. - Patologia generale. - Malattie della bocca: Labbra. Gengive. Denti. Mascellari. Lingua. Stomatiti. Glandole salivari. — FARINGE: Sviluppo storico delle conoscenze su le malattie della faringe. - Preliminari di anatomia e di fisiologia della faringe. Preliminari di patologia generale della faringe. - Esame della faringe. - Sintomatologia generale. - Profilassi e terapia generale delle malattie della faringe. - Vizi di conformazione. - Lesioni del palato molle (velo, ugola e pilastri). - Corpi estranei. - Patologia dell'anello di Waldeyer - Tonsille palatine. - Tonsilla faringea. - Tonsilla linguale. - Malattie della faringe propriamente detta. - Lesioni nervose della faringe - Tumori della faringe. - Chirurgia della faringe. — TIMO. — GLANDOLA TIROIDE.

Volume in-8°, di pagg. VIII-339 con 234 figure nel testo.

Prezzo L. 45, più le spese postali di spedizione.

Per i nostri abbonati sole L. 41,90 in porto franco.

 *Staccare* ....

✳ CEDOLA POSTALE DI COMMISSIONE LIBRARIA ✳

Da inviare sottoscritta e chiusa in busta affrancata con 50 centesimi

Spazio a disposizione del mittente per altre sue eventuali comunicazioni.

....

All'editore

Sig. LUIGI POZZI

Giornale "Il Policlinico"

ROMA (106)

VIA SISTINA, 14

Staccare

ANNO XL Roma, 25 Settembre 1933 - XI Num. 39

“IL POLICLINICO„

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Istituto di Clinica Medica Generale della R. Univ. di Padova

diretto dal Prof. A. GASBARRINI.

Tumore dell'angolo ponto-cerebellare sinistro.

Lezione clinica

del Prof. A. GASBARRINI, direttore,
raccolta dal dott. G. BASSI, assistente.

La donna, che vi presento oggi (Z. C.), ha 56 a., è coniugata e casalinga. Padre e madre sono morti ad 80 a.; la madre ebbe due aborti. Un fratello della P. morì a 4 a. di pertosse; gli altri due fratelli sono viventi e sani.

Nacque a termine da parto eutocico; allattò al seno materno, ebbe sviluppo fisico e psichico normali, frequentò le prime classi elementari. Le mestruazioni iniziarono a 12 a. e furono sempre regolari.

Sposò a 26 a. un uomo, che stette sempre bene. Ebbe 7 figli, dei quali 1 morì a 3 a. circa di pertosse, gli altri godono buona salute; non ebbe aborti. A 38 a., in seguito ad isterectomia totale, cessarono le mestruazioni. Modica bevitrice e mangiatrice, non fumatrice.

Da piccola ebbe la pertosse, il morbillo, la scarlattina; a 6 a. il tifo. Stette poi sempre bene fino all'età di 31 a., dedita ai lavori dei campi.

In questa epoca cominciò ad avere delle metrorragie, non molto abbondanti, che comparivano tutti i giorni e che durarono per sette a., cioè fino a quando, fatta diagnosi di tumore uterino, fu operata di isterectomia totale (a 38 a.), in seguito alla quale ogni perdita di sangue cessò. La P. cominciò, invece, ad andare soggetta da allora a frequenti periodi di dolori alla colonna vertebrale, dolori che si esacerbavano con i movimenti del corpo, con la pressione e con applicazione di caldo.

Tali periodi avevano una durata varia, da qualche giorno fino anche (una volta) a 40 giorni. Quando cessavano i dolori, la P. riprendeva in pieno benessere le sue faticose occupazioni. Tale sintomatologia scomparve tre a. fa. Cinque a. or sono, la P. riportò un trauma (una bastonata) alla regione orbitale s., per cui fu ricoverata all'Ospedale e guarì dopo circa 10 giorni. Nel 1930 l'inferma cominciò ad essere cólta, quasi tutti i giorni, da forti dolori alla metà s. del capo, dolori che erano più intensi alla regione frontale, insorgevano improvvisamente, con carattere pulsante, duravano qualche ora e scomparivano lentamente. Contemporaneamente cominciò ad avere dalla narice s. abbondante scolo di muco e forte lacrimazione dall'occhio s. Pare anche che, quando la P. mangiava, avesse dalla metà s. della boc-

ca perdita di cibo. Nell'inverno dello scorso anno ebbe due attacchi di influenza e sembra che, subito dopo, la cefalea sia aumentata e che la P. abbia notato un leggero indebolimento degli arti inferiori. Tale sintomatologia si protrasse fino all'Agosto dello stesso anno, quando in Clinica otorinolaringoiatrica, l'inferma subì un'operazione al naso (etmoidectomia ed asportazione dei turbinati a s.), in seguito alla quale diminuì la lagrimazione e cessò lo scolo dalla narice s. La cefalalgia scomparve per un po' di tempo. Pare che anche la perdita di cibo dalla bocca cessasse. Ben presto però ripresero i dolori al capo, più intensi di prima, localizzati alla metà s., al vertice ed alla nuca. Contemporaneamente notò che gli arti inferiori si facevano sempre più deboli. La cefalalgia insorgeva al mattino presto, molto intensa, e verso mezzogiorno si andava lentamente attenuando. L'inferma insiste nel dichiarare di non aver mai sofferto di vertigini. Talora, peraltro, si verificavano cadute improvvise, che l'inferma mette in rapporto con l'insorta debolezza degli arti inferiori; non sa dire se esse fossero precedute od accompagnate da senso vertiginoso. Dichiara inoltre di non aver sofferto mai di veri e propri ronzii agli orecchi. Sembra peraltro che circa 20 giorni or sono si sia lamentata per alcune sere di rumori (pare bilateralmente) del tipo di fischi o di suono di campanello. Non ha mai accusato ipoacusia, mai vomito, non diminuzione apprezzabile del « visus », non diplopia.

Oltre alla suaccennata sintomatologia, 3 mesi or sono notò che durante la deglutizione dei liquidi, aveva dei rigurgiti dal naso, con accessi di tosse. Particolarmente penosa le riusciva la deglutizione dei cibi solidi. L'alvo contemporaneamente divenne molto stittico, mentre comparve un intenso tenesmo vescicale. Nonostante un frequente stimolo ad urinare, la minzione era molto difficile e la quantità di urina molto scarsa.

La cefalea e l'astenia andarono sempre più crescendo, e non cessando i disturbi della deglutizione, l'inferma si decise a farsi ricoverare in Clinica (11 Marzo 1933).

Esame obbiettivo. — Soggetto di costituzione scheletrica regolare. Stato di nutrizione molto scaduto: ciò nonostante, l'età apparente dell'inferma sembra inferiore a quella che essa realmente ha (56 a.). Il colorito della cute e delle mucose visibili è roseo-pallido. Agli zigomi, al naso, alle labbra è visibile una lieve suffusione cianotica. La cute è secca, arida; il pannicolo adiposo è assai scarso, ed in modo più evidente, a carico della metà superiore del corpo. Le masse muscolari sono ipotrofiche ed alquanto ipotoniche. L'inferma giace costantemente in decubito dorsale e spontaneamente conserva per lungo tempo una certa immobilità, sia per quanto concerne l'espressione mimica del volto, sia per la posizione dei varî segmenti del corpo. L'aspetto non è quello di persona molto sofferente. Non è polipnoica: 20 atti respiratorî al m', che non sempre si succedono con una regolarità costante, perchè talora, e per brevi lassi di tempo, si fa evidente un succedersi di periodi di respirazione più frequente con periodi di respirazione più rara. Il polso radiale è piccolo, di frequenza talora superiore alla norma (80-110 pulsazioni al m').

All'esame dell'apparato linfoghiandolare si apprezzano piccole ghiandole dure, mobili, indolenti alle regioni inguinali. Alle ascelle, alle regioni latero-cervicali ed epitrocleari tale apparato è indenne.

L'inferma lamenta molto frequentemente dolori spontanei alla regione fronto-parietale s., ma, all'esame obbiettivo, il capo non appare dolente alla palpazione, nè alla percussione. Esso è normalmente configurato e mobile in tutte le direzioni. I capelli sono quasi completamente neri. Lo stiramento di essi non risveglia particolare dolore in alcuna zona del cuoio capelluto. Per quanto concerne il comportamento dei nervi cranici, dirò più tardi, a proposito dell'esame del sistema nervoso.

I bulbi oculari sporgono dal cavo orbitale come di norma ed ugualmente a d. ed a s. Le pupille sono rotonde, a contorni regolari, un po' più ristrette che di solito. All'ispezione del cavo orale si nota assenza di tutti i molari di s. e di alcuni di quelli di d. all'arcata superiore. I denti rimanenti sono in parte cariati e tutti in cattivo stato di igiene. La lingua è rossa, pulita, umida. L'istmo delle fauci non presenta nulla di anormale all'ispezione.

Il collo è cilindrico, di lunghezza regolare, mobile in tutte le direzioni. La scarsezza del pannicolo adiposo fa sì che si disegnino in modo marcato i ventri muscolari e che siano spiccatamente incavate le regioni sopraclaveari e la fossa del giugulo. La ghiandola tiroide appare di dimensioni normali. Non si apprezzano impulsi vascolari abnormi.

La gabbia toracica è normalmente configurata, con prevalenza dei diametri trasversali su quelli antero-posteriori, un po' più rigida che di norma, con spazi intercostali piuttosto larghi; scarsamente mobile con gli atti respiratorî. All'ispezione dell'apparato respiratorio non si rileva nulla di notevole: il F. V. T. è trasmesso bene e normalmente su tutto l'ambito; il suono di percussione è chiaro polmonare ovunque; l'escursione inspiratoria dei margini polmonari inferiori appare alquanto limitata, ma è da tenersi presente che anche in condizione di riposo respiratorio tali margini sono situati un po' più in basso che di norma. All'ascoltazione si apprezza ovunque un respiro piuttosto scarso ed alquanto aspro; all'estremo superiore della regione scapolo-vertebrale di d. si ascoltano scarsi rantoli a medie bolle, molto mutevoli sotto i colpi di tosse. Null'altro di notevole a carico dell'apparato respiratorio.

Il cuore è in sede normale. L'itto della punta non è visibile; è palpabile soltanto in decubito laterale s., al 5° spazio intercostale sull'emiclaveare. Con la percussione si delimita l'aia di ottusità (relativa) del cuore con una certa difficoltà, a causa di uno stato di enfisema dei margini polmonari anteriori. Essa viene circoscritta a d., lungo la margino-sternale ed a s. da una curva, situata a 4 cm. dalla medio-sternale sul 2° spazio intercostale, a cm. 7 sul 3° spazio intercostale. Nulla di notevole alla palpazione della regione precordiale. All'ascoltazione i toni alla punta sono netti e puri ed alla base appaiono cupi, lontani, ma non accompagnati, nè seguìti da rumori patologici.

Nulla di particolarmente notevole presenta il sistema vascolare periferico; non ectasie venose agli arti inferiori. Alla piega dei gomiti, bilateralmente, è appena visibile un impulso arterioso. Le arterie periferiche non si disegnano sotto la cute, ed alla palpazione non appaiono tortuose, nè in istato di

avanzata sclerosi. Pressione arteriosa Om. D.: Mx. 108, Mn. 88, mmHg. al Riva-Rocci.

L'addome è di volume, consistenza, conformazione normali; lievemente e diffusamente meteorico, indolente.

Della milza non si palpa il polo inferiore; alla percussione l'aia di ottusità splenica appare di dimensioni normali.

Il margine superiore del fegato si delimita con la percussione al 5° spazio, sulla emiclaveare d., il suo margine inferiore si palpa subito sotto l'arco costale; è rotondo, liscio, indolente, lievemente aumentato di consistenza.

Nulla di notevole all'ispezione degli arti.

E veniamo all'esame del sistema nervoso Cominciamo dalla psiche: l'inferma è bene orientata nel tempo e nello spazio; esiste però un lieve grado di logorrea e la tendenza ad intervenire nei discorsi altrui, anche se non la riguardano direttamente, e talora risponde in modo incongruo alle domande che si riferiscono alla sua malattia, specie per quanto concerne pretese cause determinanti della medesima. Anche le facoltà intellettive sono alquanto intorpidite.

L'esame dei sensi specifici fa rilevare: nulla a carico dell'olfatto, un lieve grado d'ipermetropia bilaterale; a carico dei due terzi anteriori della metà sinistra della lingua una incertezza nell'apprezzamento dei sapori salati e dolci; per quanto si riferisce all'udito, un'evidente diminuzione della capacità uditiva, prevalente all'orecchio s.; nulla a carico del tatto. L'esame delle sensibilità obbiettive va considerato con molte riserve, in causa dello stato psichico dell'inferma. Ciò posto, pare non si debbano ammettere alterazioni a carico della sensibilità tattile, dolorifica, termica, stereognostica e vibratoria. Vi prego ora di porre molta attenzione all'esame dei nervi cranici, che io intendo esporre minutamente, corredandoli di qualche dato anatomico, circa la loro origine apparente e reale, ed il loro modo di distribuzione.

Per l'esame del 1° e 2° paio rimando a quanto abbiamo detto e diremo circa l'apprezzamento dei sensi specifici.

Il 3° paio (nervo oculo-motore-comune), che, come sapete, ha i nuclei di origine scaglionati lungo la parte ventrale della sostanza grigia nel mesencefalo, e che emerge nel solco compreso fra il piede del peduncolo cerebrale ed il ponte, appare indenne. Come ricorderete, esso fornisce rami motori al muscolo retto superiore, all'elevatore della palpebra superiore, al retto interno, al retto inferiore, mentre dà un ramo, che attraverso il ganglio cigliare, si distribuisce ai muscoli intrinseci del bulbo oculare. Nulla a carico del IV paio (nervo trocleare o patetico), il quale origina da un nucleo situato presso l'estremità caudale del mesencefalo, nella sostanza grigia, ventralmente. Il nervo emerge sul limite mediale del peduncolo cerebellare superiore, e termina distribuendosi al muscolo obliquo superiore.

Il 5° paio (trigemino), nervo misto, nasce sulla faccia inferiore della protuberanza anulare con due radici: una radice, relativamente assai voluminosa, che è sensitiva, ed una radice più piccola, motoria. La prima ha la sua origine nelle cellule del ganglio semilunare o di Gasser; nella radice motoria si distinguono due nuclei, uno principale, contenuto nel ponte ed un nucleo accessorio, posto per la massima parte nel mesencefalo. Il nervo si fa emergente alla faccia ventrale del ponte, subito all'indentro della linea, che ne segna il limite convenzionale col peduncolo cerebellare medio. Termina, come sapete, in 3 rami o branche, distinte in oftalmica, mascellare superiore e mandibolare o mascellare inferiore. L'esame di questo nervo non ha rivelato particolari disturbi, all'infuori di un'alterazione dei riflessi corneale e congiuntivale, di cui diremo di qui a poco.

Nulla a carico della sensibilità sul territorio facciale d'innervazione di questo nervo, della sensibilità sulla mucosa delle guancie, delle gengive, del naso. Nessun deficit a carico dei muscoli masticatori, non alterazioni trofiche della cornea, non disturbi vasomotori nelle zone cutanee trigeminali, nè secretori a carico della mucosa nasale. Abbiamo già detto delle alterazioni del gusto.

Per quanto si riferisce al 6° paio (nervo abducente), si rileva in O. S. una facile esauribilità e stanchezza di esso nella rotazione del bulbo verso s. Questo nervo, che origina nel ponte, in prossimità del pavimento del quarto ventricolo, fuoriesce dall'encefalo fra il bulbo ed il ponte, immediatamente al disopra della piramide, presso il margine laterale di questa.

Durante l'esame della motilità dei bulbi oculari sono apparse evidenti scosse di nistagmo orizzontale nei movimenti di lateralità d. e s. dei bulbi: solo raramente scosse verticali.

Il 7° paio (nervo facciale) origina da un nucleo situato nella formazione reticolare del ponte; emerge nel limite fra il ponte ed il bulbo, lateralmente, in corrispondenza della fossetta retro-olivare.

Come sapete, fornisce numerosi rami terminali per i muscoli mimici e per il muscolo platisma. Nella nostra donna vi sono segni di deficit del facciale inferiore s.: la prima boccale s. è più ristretta e meno mobile della d., e la bocca viene facilmente stirata dal lato opposto. L'inferma riesce a chiudere assai bene entrambi gli occhi ed a corrugare la fronte, ma può dirsi che l'orbicolare della palpebra s. è meno tonico che a d., il che si apprezza, sia opponendosi ai movimenti attivi di questo che saggiandone la tonicità in fase di contrazione. Non esiste vero e proprio lagoftalmo a s., ma solo durante il sonno si osserva che la rima palpebrale rimane da questo lato socchiusa. Non presenti i sintomi di Bell e di Negro. Riflesso corneale ed ammiccamento aboliti in O. S., ove si osserva di frequente una facile lacrimazione, specie quando l'inferma tenta di leggere o di scrivere, con scolo di lagrime lungo la guancia (epifora).

L'ottavo paio (nervo acustico) si compone di due nervi distinti: nervo vestibolare (che si distribuisce al vestibolo ed ai canali semicircolari) e nervo cocleare (che innerva la chiocciola).

Come ricorderete, il 1° serve alle funzioni dell'equilibrio, il 2° alle funzioni uditive. Il nervo vestibolare origina dal ganglio dello Scarpa, il cocleare dal ganglio del Corti. Le fibre centrali del primo nervo si raccolgono in un fascio, che penetra nel nevrasse in corrispondenza della fossetta retro-olivare del bulbo; il cocleare raggiunge il nevrasse a lato del vestibolare. Per quanto concerne la funzionalità di questi nervi, rimando all'esame degli specialisti.

Il 9° paio (nervo glosso-faringeo) è misto: le fibre sensitive hanno la loro origine nelle cellule del ganglio superiore e del ganglio petroso, da

cui partono fibre centrali, che penetrano nel bulbo per il solco laterale posteriore; le fibre motrici originano nel tratto rostrale del nucleo ambiguo e del nucleo motore dorsale del vago, emergendo nella parte più alta del solco laterale posteriore del bulbo. Nella nostra inferma non si rileva alcuna anomalia nel movimento della parete posteriore del faringe, mentre i disturbi della deglutizione sono da mettere in conto con l'ipoestesia dell'ipofaringe e dell'epiglottide. Normale la sensibilità gustativa della parte posteriore della lingua.

Il 10° paio (nervo vago o pneumoagstrico) è pure misto. La parte sensitiva origina nelle cellule dei gangli giugulare e nodoso, da cui partono fibre centripete, che penetrano nel bulbo in corrispondenza del solco laterale posteriore, terminando nel pavimento del quarto ventricolo. La porzione motrice origina nel bulbo, dal nucleo ambiguo (nella sostanza reticolare grigia) e dal nucleo motore dorsale (pavimento del quarto ventricolo) ed emerge dal bulbo in corrispondenza del solco laterale posteriore. Il vago si distribuisce, come sapete, ai visceri toracici ed addominali ed attraverso il nervo ricorrente, innerva i muscoli del laringe. Nella nostra inferma non vi è aritmia cardiaca, nè continua tachicardia; talora, invece, come si è visto, non è perfettamente costante e regolare il ritmo respiratorio. Nessun disturbo attribuibile ad alterazioni funzionali digestive. Riflesso oculo-cardiaco: prima della compressione dei bulbi oculari: polso 80 al 1', respiro 20 al 1'; durante la compressione: polso 72, respiri 20. Velopendolo normalmente mobile. Per la motilità delle corde vocali, vi dirò a proposito del reperto degli specialisti.

L'11° paio (nervo accessorio), viene distinto in nervo accessorio spinale, che nasce nella sostanza grigia del corno anteriore del midollo spinale cervicale ed emerge dal midollo al davanti delle radici posteriori dei nervi spinali, ed in nervo accessorio del vago, che nasce dalla sostanza grigia del bulbo ed emerge dal solco laterale posteriore del bulbo stesso, sotto le radici del vago.

Il nervo, in parte termina fondendosi col vago, in parte si distribuisce ai muscoli trapezio e sterno-cleido-mastoideo. Osservando la nostra inferma in piedi, sembra di rilevare che la spalla s. sia più bassa della d., ma, esaminando la funzione dei muscoli interessati, non si apprezza alcun deficit.

Il 12° paio (nervo ipoglosso) origina dal bulbo, emerge dal suo solco laterale anteriore, si distribuisce ai muscoli della lingua. Questa, nella nostra inferma, giace medialmente nel cavo orale e viene sporta diritta. La metà s. della punta appare peraltro lievemente atrofica.

E veniamo a parlare degli atteggiamenti della malata. Ha fisionomia poco espressiva. Il capo è eretto. Per quanto concerne gli arti superiori, si nota che il d. è mantenuto nella posizione, in cui venga posto, mentre il s. compie qualche oscillazione, prima di fermarsi nella posizione voluta dall'esaminatore, e tende in seguito ad abbassarsi con piccoli movimenti a scosse. Ad inferma in piedi, il braccio s. è tenuto un po' abdotto, l'avambraccio leggermente flesso sul braccio, la mano in lieve supinazione e leggermente discosta dal corpo. Il braccio d. pende naturalmente lungo il corpo. Esiste tendenza, da parte dell'inferma, a conservare a lungo un determinato movimento od atteggiamento.

La motilità passiva è normale ovunque. Esiste lieve ipotonia, più spiccata a s. Negativa la prova della caduta della mano (di Holmes). Appena accennato uno stato di iperdiadococinesia a s. Imprimendo bruschi movimenti di rotazione verso d. o s. agli arti pendenti lungo il corpo, le oscillazioni stesse sono più ampie a s. che non a d. (Holmes). Negativa bilateralmente la prova del rimbalzo, di Stewart; non si nota movimento esagerato di flessione della coscia, quando si abbandoni improvvisamente questa, mentre l'inferma flette la coscia sul bacino, se l'esaminatore si oppone a questo movimento. Lo stesso si osserva compiendo la stessa manovra sulla gamba, a P. prona. La prova dei pesi non dà un reperto costante, ma pare però che l'inferma apprezzi maggiormente quelli posti sulla mano s.

A carico della motilità attiva non si rivela vera e propria ipostenia limitata ad una metà del corpo: i movimenti sono tutti possibili e completi, ma l'energia dell'inferma è facilmente esauribile. Lo sforzo dinamico è in essa non inferiore a quello statico, esiste però diminuzione della forza attiva, più apprezzabile, invitando l'inferma a stringere la mano, e manifestantesi con una diminuzione progressiva della forza, più evidente a carico dell'arto sup. sin. Se si invita l'inferma a portare i due indici sulla punta del naso, essa raggiunge lo scopo più rapidamente con la mano d. che non la s., dove pure qualche volta il movimento è dismetrico (bradicinesia). Non netta ipermetria a s., ma solo lieve incertezza, che si manifesta meglio invitando l'inferma ad afferrare qualche piccolo oggetto.

Durante queste manovre il pollice s. viene precocemente ed esageratamente allontanato dalle altre dita. Positiva la prova di Thomas e Jumentiér: il pollice della mano s. si abbassa più di quello d., quando l'inferma, a braccia estese e palme in alto, porta queste rapidamente in basso. Qualche incertezza si nota, quando l'inferma deve toccare con la punta dell'indice s. il lobulo del naso: durante questa manovra vi è accenno a braditeleocinesi, in quanto l'indice ha una piccola pausa di arresto a qualche centimetro dalla punta del naso e compie qualche piccolo movimento oscillatorio, prima di raggiungere la meta. Positiva la prova di Babinski: l'inferma sorpassa con la punta di una matita la più esterna di due linee verticali, che essa viene invitata a congiungere con delle orizzontali. Incertezza nella prova del calcagno a s., con ampie oscillazioni sopra e sotto la meta. Non dismetria, quando la P. porta il ginocchio sul piano di una sedia. Non esiste vera e propria adiadococinesia, ma solo un rallentamento della manovra dopo qualche movimento di pronazione e supinazione. Non movimenti abnormi, nè veri tremori. Non netta astasia nella posizione eretta, ma soltanto qualche oscillazione del corpo si osserva, quando la P. cerca un equilibrio stabile, che essa qualche volta riesce difficilmente a trovare, anche su larga base di appoggio. Piccoli impulsi, dati con l'indice contro la spalla, il petto, il capo della paziente, sono sufficienti per farla cadere. Il tronco non interviene quasi affatto nella ricerca dell'equilibrio stabile con una flessione del corpo in avanti, talchè l'inferma ha sempre tendenza a cadere indietro. Inoltre essa non tenta di mantenersi ritta, flettendo i ginocchi, qualora venga invitata a portare all'indietro il capo od il tronco, durante la quale manovra essa tende sempre a cadere indietro. Analogo segno di asinergia è ri-

levabile anche invitando la P., in posizione supina, a mettersi a sedere, tenendo le braccia conserte: durante tale sforzo l'inferma solleva entrambi gli arti inferiori dal piano, su cui è coricata. Quando essa abbia trovata una posizione eretta stabile, la conserva con un'immobilità quasi statuaria, anche negli atteggiamenti meno naturali. La chiusura degli occhi non influenza l'equilibrio. Non è ricercabile un vero Romberg, non potendo la P. mantenersi in piedi.

La deambulazione si compie con difficoltà per la tendenza della malata a cadere all'indietro, perchè, come si è detto, essa non asseconda con il tronco i movimenti degli arti inferiori. L'inizio della marcia è favorito da una piccola spinta iniziale data, dall'avanti all'indietro alla P. Durante la deambulazione, essa tende a cadere costantemente a d.; il tragitto si compie a zig-zag con andatura da ubbriaca, gli arti superiori sono tenuti costantemente inerti; l'arresto improvviso ed il dietro front sono sempre seguiti da ampie oscillazioni di tutto il corpo, da perdita dell'equilibrio e da successiva caduta. Non apprezzabili disturbi della parola. Da molti anni la P. non è più abituata a scrivere, e difficile riesce quindi l'apprezzamento della scrittura; si nota, tuttavia, che il nome personale ed altre parole semplici vengono tracciate in maniera poco decifrabile, con tendenza a sovrapporre le lettere.

I riflessi cutanei, addominali (superiori, medî, inferiori) sono assenti bilateralmente; i plantari presenti d'ambo i lati, quasi sempre in estensione, mentre qualche volta lo stimolo della pianta del piede è seguito da un accenno al fenomeno del ventaglio. Il riflesso corneale è assente a s., debolissimo a d.; il congiuntivale assente a s., presente a d. Assente il riflesso faringeo. Per quanto si riferisce ai riflessi tendinei: presenti bilateralmente e un po' vivaci i bicipitali e tricipitali; presenti, pronti e vivaci i riflessi rotulei; esagerato quello di s., che si accompagna qualche volta a prolungata trepidazione epilettoide della gamba; presenti e normali gli achillei. Assenti, in questo momento il clono della rotula e del piede, provocabili in altri momenti, e più costantemente a s. che a d. Non rilevabile il clono della mano. Costante, evidentissimo a s., il Babinski, talora spontaneo da questo lato e provocabile con le manovre di Gordon, Schaefer, Oppenheim. Meno costante questo segno a d. Riflessi pupillari bilateralmente presenti e normali alla convergenza ed all'accomodazione, un po' torpidi alla luce; allo stimolo luminoso diretto esiste anche il riflesso pupillare consensuale.

Esami di laboratorio. — Nelle urine nulla di anormale, all'infuori di traccie di urobilina; sangue: gl. r. 5.100.000; Hb. 90 %; vol. glob. 0,89, globuli bianchi: 6700, dei quali 26 % di linfociti, 2 % di monociti, 68 % di neutrofili, 2 % di eosinofili; 2 % basofili. Negativa la reazione di Wassermann nel siero di sangue e nel liquor; lievemente positiva la v. Pirquet. L'esame del liquor, estratto con rachicentesi, ha dato una pressione iniziale di 30, finale di 10 cm. d'acqua al Claude; l'albumina, dosata con il metodo Brandberg, ha dato un valore del 2 ‰; globuli bianchi: 1,80 per mmc.; globuli rossi: 2 per mmc. (Nageotte).

La formula rivela 30 % polinucleati, 56 % linfociti, 14 % grandi mononucleati e cellule endoteliali; sostanze riducenti 0,80 ‰; Nonne-Apelt (1ª fase) ++, Pandy ++, Boveri ++. L'esame del fondo dell'occhio, praticato dal dott. D'Osvaldo, ha rivelato una completa normalità.

Nel reparto di Otorinolaringoiatria il dott. K. Arslan ha trovato: nulla di evidente a carico degli orifici dei seni frontale, mascellare, sfenoidale di sinistra; velopendolo mobile e simmetrico nella fonazione; ipoestesia di alto grado, che si riscontra, oltre che nell'epifaringe anche nell'ipofaringe e nell'epiglottide. Normale il laringe, per quanto le escursioni delle corde vocali siano lente, bradicinetiche. Non disturbi del ricorrente. A carico dell'organo dell'udito, retrazione timpanica bilaterale; ipoacusia sinistra di grado elevato, che non arriva però all'anacusia totale; i caratteri dell'ipoacusia non sono del tutto centrali, ma anche periferici (orecchio medio). Nistagmo spontaneo bilaterale, più accentuato quello con componente rapida, diretta verso sinistra; deviazione delle braccia tese ed errore nella prova dell'indicazione, ambedue verso sinistra e più accentuate verso questo lato. Allo stimolo calorico e galvanico notevole iporeflessia destra, con alterazioni nella direzione del nistagmo provocato e con correzioni delle deviazioni toniche delle braccia; areflessia sinistra, anche con stimolo termico d'acqua a 3°. Allo stimolo galvanico: areflessia sinistra, sia con catode che con anode al trago; con anode al trago, a sinistra, pur arrivando a 15 MA, non si riesce a sopprimere il nistagmo spontaneo verso questo lato.

Esame radiologico del cranio. — Notevole ipertrofia dei turbinati di destra. Moderato lo sviluppo dei seni frontali, che appaiono trasparenti. La teca cranica ha sviluppo normale e spessore omogeneo; non sono dimostrabili segni di ipertensione (impronte digitate). Regolare il profilo sellare; aditus di media ampiezza. Sviluppato e trasparente il seno sfenoidale. Normale l'aspetto delle rocche; lo studio di dettaglio della rocca di sinistra dimostra una indeterminatezza dei contorni del condotto uditivo interno. L'esame della base non dimostra segni di usura del pavimento.

*
* *

I dati forniti dall'anamnesi, dall'obbiettività, ed il loro decorso fino al momento attuale, dicono in modo indubbio che la nostra P. offre un grave patimento del sistema nervoso centrale.

I disturbi a carico del sistema nervoso si possono pertanto riunire in due gruppi fondamentali: gli uni di ordine generale, di cui diremo di qui a poco se possano o no essere riferiti ad un aumento della pressione endocranica, gli altri di ordine locale, rispettivamente denotanti l'offesa di parti della sostanza nervosa racchiusa nella scatola cranica (cervello, cervelletto, ponte, bulbo) e di alcuni nervi, che hanno la loro origine apparente alla base del cranio.

Per un'esatta discussione clinica di casi come questo, in cui si trovano variamente associati non pochi sintomi, molta luce si può trarre dal ricercare attentamente l'anamnesi, perchè dal modo come i fenomeni si succedono, possiamo dedurre preziose conclusioni ai

fini della diagnosi. Ma occorre avere la più grande pazienza nel raccogliere la storia di questi infermi, e ad ogni dato che essa ci fornisce, bisogna cercare di assegnare il giusto valore, che risulta da una critica assai severa. Così, alla fine dell'inchiesta anamnestica, può darsi che si riesca a riunire più fattori, passati per il vaglio della critica, e ad intravvedere, attraverso essi, una sintesi, che si accordi con tutte le analisi precedenti. Orbene, tutto ciò s'impara col tempo, con una minuta osservazione, con la riflessione, e direi anche, attraverso una serie di errori!

Occorre far subito una premessa: soprattutto nelle affezioni del sistema nervoso non è possibile concepire una diagnosi ragionata senza la conoscenza della funzione, che dai fisiologi si attribuisce normalmente alla parte offesa.

Tale nozione, peraltro, non è sufficiente per il giudizio clinico, poichè, se è vero che dal modo di aggrupparsi e di succedersi dei varî sintomi e dal loro diverso grado di intensità ci è consentito spesso di inferire ove sia la prima localizzazione patologica, è altrettanto vero che la nozione delle funzioni di questi importantissimi centri nervosi, posti da madre natura uno vicino all'altro e così strettamente in rapporto fra loro, da pensare che alla lesione di uno di essi segua per necessità quella di un altro ad un tempo, ci vengono additati dall'esperimento: e chi non sa che l'esperimentazione fisiologica negli animali è diversa da quella umana? Ricordate che i dati fisiologici debbono essere ingranati con la Clinica, bisogna anzi cercarne la fusione più intima possibile.

Ciò premesso, cerchiamo di addentrarci nella discussione di questo caso. Devo innanzitutto dichiarare che esistono nella nostra malata per lo meno due circostanze, che possono rendere fallaci i nostri apprezzamenti, desunti dalla storia e dall'obbiettività, importanti ai fini della diagnosi di sede del male.

Una prima circostanza, purtroppo frequente a constatarsi in pratica, è che il rilievo dei primi sintomi di malattia viene riferito dalla paziente con incertezza, cosicchè ci assale il dubbio che non corrisponda perfettamente al vero l'ordine cronologico dei suoi disturbi e che l'inferma, per il suo particolare stato psichico ed intellettuale, armonizzando i dati anamnestici a suoi preconcetti, ci abbia raccontato i suoi malanni non dal primo sintoma, ma da quello che più preme a lei, e lo storiografo sia stato inconsapevolmente tratto fuori dalla verità storica, dalle tendenze della paziente. Il marito poi ci ha riferito quanto ha appreso dalla moglie, se pure non abbia svisato i sintomi a modo suo.

L'altra circostanza, che si deve tener presente, è costituita da quel fenomeno di « tolleranza », che il sistema nervoso presenta in così diverso grado per le offese, che riceve.

Per intenderci, poichè nel nostro caso dovremo fra poco discutere il patimento di alcuni nervi cranici, specialmente del VII ed VIII, tenete a mente che non sempre, contrariamente a quanto parrebbe dovesse avvenire, l'offesa patita, ad es. dall'acustico si accompagna a fenomeni paretici o paralitici del suo nervo vicino, il facciale, chè anzi spesso il VII paio non palesa in tali casi il suo patimento. È noto altresì come una compressione, che si eserciti sopra un tronco misto, non cagioni lo stesso danno funzionale, indifferentemente sulle fibre motrici e sensitive; come uno stesso processo morboso possa ledere il nervo oculomotore, per citare un altro esempio, in modo che alcuni dei muscoli da esso innervati diventino paretici ed altri no. Ne consegue che, quand'anche fossimo edotti con la massima sicurezza sui primi sintomi del male e ne potessimo seguire con precisione lo svolgimento, non potremmo essere altrettanto sicuri nel trarre conclusioni, poichè può darsi che il male aggredisca dapprima un territorio ben resistente alle offese, e quindi non denunci il proprio patimento, si spinga poi verso una parte che lo dica subito; in tal modo corriamo il rischio di porre la lesione in questa seconda sede, mentre in realtà essa è originata dalla prima.

*
* *

Un fatto degno innanzitutto di particolare considerazione è di stabilire se nel nostro caso i sintomi di ordine generale siano o no riferibili a ciò che costituisce la sindrome d'ipertensione endocranica.

Analizziamo pertanto gli elementi che rientrano in questa sindrome, rappresentati, come sapete, da cefalea, vertigine, vomito, disturbi visivi ed uditivi, motori e psichici, nonchè dai dati dell'esame radiologico del cranio, dal reperto clinico del fondo oculare, e dall'esame chimico e citologico del liquor, ottenuto con la puntura lombare.

Cefalea: avete sentito dalla storia come la nostra P. nel 1930 cominciò ad avvertire dolori alla metà s. del capo, con maggiore intensità in corrispondenza della regione frontale omolaterale. Quale significato va assegnato a questo sintoma? È noto che la cefalea, riferibile ad ipertensione endocranica, è variabile nei suoi caratteri, ora generale, ora localizzata, gravativa o trafittiva, può essere, risvegliata dai colpi di tosse e dalle varie posizioni dell'infermo, ora più intensa da un lato, ora più da un altro, può attenuarsi, ad un certo momento, ed anche scomparire, man mano che la malattia peggiora, in parte per cause ignote, in parte perchè si attenua l'intensità del dolore col progredire della compressione cerebrale generale, la quale, attraverso modificazioni circolatorie, finirà per alterare la nutrizione degli elementi nervosi e comprometterne la fun-

zione. Ma non dimenticate che nel nostro caso la cefalea aveva nel 1930 un carattere particolare (pulsante, accessionale), evoluzione rapida (durata di un'ora circa), e, quel che più preme, si accompagnava a scolo abbondante di muco dal naso e ad intensa lagrimazione dell'occhio s. Aveva inoltre sede varia (frontale, vertice del capo, regione occipitale). Nonostante manchi attualmente ipo- od anestesia nel territorio del trigemino s. e questo nervo non sia dolente nei suoi punti di fuoriuscita sulla faccia, abbiamo elementi per ammetterne lesi i rami corneale, lacrimale e linguale. Cosicchè, la cefalea della nostra P. deve essere riferita a due fattori: l'uno, un patimento del nervo trigemino s., l'altro un aumento, per quanto lieve, della pressione endocranica. In favore di quest'ultimo concetto dovremo nondimeno valutare il sintoma in unione ad altri eventualmente esistenti.

Vertigine: ad onta di una minuziosa inchiesta anamnestica, non si è qui potuto precisare se la P. abbia per il passato avvertito un senso vertiginoso, sia del tipo della vertigine sistematica o rotatoria che del tipo asistematico, il quale si identifica in quel generico disturbo di orientamento nello spazio, frequente a riscontrarsi in varie neuropatie, anche non sistematizzate o con lesioni a facolaio. È certo però che, a detta dello specialista, esiste nella nostra P. una grave alterazione a carico dell'apparato vestibolare s., a cui, come sapete, è riferibile la vertigine labirintica; e poichè dallo stesso otologo ci viene denunciata anche una grave offesa delle vie associative vestibolo-cerebellari dello stesso lato, che può essere causa di un'autentica vertigine cerebellare, noi ci domandiamo se nella nostra malata le frequenti cadute a terra degli scorsi anni, di cui essa parla con insistenza, non fossero determinate da uno stato vertiginoso, o per lo meno, non fossero precedute da vertigine.

Vomito: qui è fino ad oggi mancato il vomito, che fa parte della sindrome ipertensiva. Esso, quando esiste, ci dice che l'aumento della pressione endocranica si ripercuote sul bulbo, in altre parole, questo disturbo, con i caratteri del vomito centrale, svela lo stato di patimento accessionale del vago, assai sensibile di fronte alle cause traumatizzanti. Possiamo dire che nella nostra P. il X paio, pur non essendo normale, il che desumiamo da un accenno alla periodicità del respiro ed alla tachicardia, dai movimenti di abduzione ed adduzione lenta delle corde vocali, soprattutto a s., non è ancora fortemente leso, da dar luogo a vomito.

Motilità, sensibilità e riflessi: rileviamo nella nostra inferma segni di compressione delle vie piramidali (sintoma di Babinski bilaterale, più intenso a s.); non disturbi, peraltro, della sensibilità, in rapporto all'influenza di un eventuale aumento di pressione endocranica sul midollo o sulle radici spinali, ma iperriflessia tendinea con clono del patellare, e talora trepidazione epilettoide dell'arto (più manifesta a s. che a d.).

Sonno patologico e sindrome psichica: manca qui un certo grado di sonnolenza, come pure mancano i segni della cosidetta sindrome psichica, il cui carattere dominante è rappresentato dall'indebolimento globale delle capacità psichiche.

Segni di irritazione della corteccia cerebrale: quali manifestazioni della sindrome ipertensiva endocranica, mancano crisi convulsive, sia generalizzate, sia sotto forma di crisi, del tipo Bravais-Jacksoniano.

Sintomi visivi (subbiettivi ed obbiettivi): non esistono, a denunciare un aumento della pressione endocranica. Essi sogliono consistere in una diminuzione più o meno notevole della vista, in sensazioni di mosche volanti e, all'esame obbiettivo, in una discromatopsia (restringimento del campo visivo per alcuni colori), e soprattutto, all'esame oftalmoscopico, nella papilla da stasi. Ricordate, a tale proposito, che non sempre vi è concordanza fra il grado della lesione oftalmica e quello dei fenomeni soggettivi, nè esiste rapporto fra l'ipertensione del liquor e la stasi papillare, infine, fra questa e gli altri sintomi da ipertensione. Come avemmo occasione di vedere l'anno scorso in un altro infermo portatore di tumore cerebrale, i disturbi visivi possono esistere da soli, oppure essere i soli a fare difetto (mancano all'incirca nel 10-20 % dei casi).

Radiografia del cranio: tale indagine non ci viene qui in soccorso con le caratteristiche impronte digitate, generali o localizzate, per l'esistenza di un aumento della pressione endocranica.

Puntura lombare: essa ci fornisce nella nostra malata dati preziosi, desunti da un aumento di pressione del liquor, e dalla sua composizione chimica e citologica. Mentre, come sapete, la pressione normale del liquido cefalorachidiano è di cm. 15-20 al manometro di Claude, a puntura fatta nella regione lombare ed in posizione orizzontale dell'infermo, qui abbiamo trovato una pressione, pari a cm. 30, che si è poi abbassata rapidamente dopo estrazione di pochi cmc. di liquor (12 cmc.). Teniamo conto che nessun disturbo particolare ha fatto seguito a detta puntura, il che ha grande importanza, come sarà presto detto, per la diagnosi differenziale. Vi ricordo per incidenza che bisogna essere cauti nella pratica della puntura lombare, potendo in ammalati affetti da tumore endocranico essere causa talvolta di morte improvvisa per lo stato di squilibrio troppo forte e troppo rapido di pressione, che si viene a creare talora fra gli spazi sottoaracnoidei e spinali, donde la brusca compressione del bulbo contro il contorno del forame occipitale e conseguente chiusura della

comunicazione del liquor intracranico e spinale. Ricordate ancora che il liquor, di aspetto normale, contiene qui un forte tasso di albume (2 ‰) e scarsi leucociti nel sedimento (1.80 per mmc.), donde dissociazione albumino-citologica, del cui valore diagnostico diremo fra poco.

Concludendo: attraverso l'indagine anamnestica risultano in questa nostra P. segni assai modesti d'ipertensione endocranica, rilevati unicamente in base alla cefalea, ad un eventuale stato vertiginoso, ed all'esito della puntura lombare.

* * *

Diagnosi generica. È superfluo qui discutere su alcune possibilità: così su una *forma funzionale nevrotica o tossica*, tipo uremia ecc. Nè abbiamo elementi clinici per sostenere una *paralisi generale* od una *lues cerebri*. Una *sclerosi a placche*, a localizzazione bulbare, protuberanziale, cerebellare, potrebbe essere supposta in base al nistagmo, all'iperriflessia tendinea, all'assenza dei riflessi addominali, ma qui mancano i sintomi fondamentali di tale affezione, comprese le caratteristiche alternative di miglioramento e di peggioramento degli infermi. Una *meningite sierosa*, che pure deve essere sempre in questi casi sospettata, potendo essa simulare un tumore endocranico (pseudo-tumor), è qui contraddetta dai caratteri del liquor, dal non aver la P. tratto nessun vantaggio dalle punture lombari, dall'assenza di variabilità dei sintomi locali, che anzi sono in continuo progresso. Cosicchè dobbiamo piuttosto enunciare in questa nostra P., con maggiore verosimiglianza, la *diagnosi generica di tumore endocranico*.

* * *

Diagnosi di sede. Dal complesso dei dati anamnestici ed obbiettivi pensiamo che la lesione risieda nella fossa cranica posteriore. Nè dobbiamo lasciarci scuotere dall'assenza della papilla da stasi, così frequente a riscontrarsi nei processi, che occupano una tale regione. Aggiungiamo che l'offesa deve risiedere più particolarmente nella metà s. di detta fossa, perchè il dolore occipitale è più intenso a s., per l'offesa del V, VI, VII, VIII, IX, X, XI e XII paio di s., ma soprattutto per i sintomi cerebellari più spiccati a s. (disturbi d'equilibrio, atassia, ipotonia, adiadococinesia, nistagmo ecc.).

Se escludiamo una tale sede, potremo pensare che il tumore sia localizzato altrove? Nel *lobo frontale* forse? È noto, a chi ha esperienza di tumori di questa regione, come sia frequente il risentimento sul cervelletto: il *Cushing*, ad es., cita non pochi errori operatorî, in casi di tumori frontali, che furono giudicati cerebellari. Potrebbe qui essere favorevole al concetto di un tumore del lobo frontale s. il dolore, che la nostra P. accusa in prevalenza nella regione frontale s. ed i movimenti atassici da lei presentati. Sapete che nei tumori del lobo frontale compare un disturbo motorio, simile all'atassia cerebellare, indicata col nome di « atassia frontale » e dovuta, secondo alcuni autori, ad un'azione a distanza sul cervelletto. Inoltre qui esistono atteggiamenti statuari, come suole osservarsi nei tumori frontali. Mancano, tuttavia, segni fondamentali per tale diagnosi, e sono i seguenti: gravi disturbi psichici (sindrome mentale), speciale rigidità di tipo parkinsoniano a carico di certi gruppi muscolari, riferibile ai rapporti anatomici, esistenti, secondo alcuni, fra lobo frontale ed apparato striato. Infine, nel nostro caso, tutta la sintomatologia localistica è a carico della fossa cerebrale posteriore.

Si tratta di una *lesione in sede rolandica?* No, perchè mancano, come si è detto, sintomi irritativi di origine motoria e sensitiva delle circonvoluzione frontale e parietale ascendente. Nè possiamo pensare ad un *tumor del lobo parietale*, perchè, se è vero che nella sindrome parietale superiore di André-Thomas può esservi dismetria, associata ad emiparesi minima con esagerazione dei riflessi, mancano, pertanto, i disturbi sensitivi, rappresentati da emianestesia superficiale e profonda, da paralisi psichica, da bradicinesia, aprassia ideatoria e cecità verbale. *Nel lobo temporale* allora? Potrebbe giustificare tale eventualità l'offesa del V, VII, VIII paio ed il contemporaneo risentimento cerebellare, ma mancano del tutto nel nostro caso i segni dell'afasia sensoria di Wernicke. Nel *lobo occipitale?* No, per l'assenza di sintomi irritativi, rappresentati da allucinazioni visive (scotoma scintillante) e di una emianopsia crociata. Una lesione del *corpo calloso?* Nel quadro sintomatologico di tumore in questa regione, si possono avere, come nel caso nostro, disturbi dell'equilibrio, della marcia, retro- e lateropulsione, ma figurano sempre al primo posto i disturbi, riferibili ad un indebolimento notevole di tutte le facoltà mentali, ed in particolare della memoria, che qui mancano. Con un *tumore localizzato nel centro ovale* o nei *nuclei della base*, la sintomatologia della nostra inferma non ha nulla in comune. Contro la possibilità di un *tumore a sede ipofisaria* parlano l'integrità della sella turcica all'indagine radiologica, la mancanza della sindrome chiasmatica classica, e l'esistenza di un'emisindrome cerebellare, che non troverebbe in nessun modo giustificazione.

Un tumore dei tubercoli quadrigemelli? Non certamente in corrispondenza di quelli anteriori, che sono responsabili di una sintomatologia tutta a carico del campo visivo, e per lo più di un'oftalmoplegia dissociata ed asimmetrica, poichè, come sapete, i tubercoli quadrigemini anteriori ed i corpi genicolati esterni rappresentano centri primarii dell'apparecchio

visivo. Quanto mai, si potrebbe pensare ad un tumore dei tubercoli quadrigemelli posteriori, essendo noto che essi con i loro corpi genicolati interni e per i loro rapporti col nervo cocleare, costituiscono un centro di riflessione degli eccitamenti uditivi, oltrechè, data la loro vicinanza con i nuclei di origine del III-IV paio ed i loro rapporti con i peduncoli cerebellari ed il nucleo rosso, possono giustificare disturbi cerebellari e disturbi dei corrispettivi muscoli oculari (oftalmoplegia isolata ed asimmetrica), infine disturbi uditivi bilaterali. Senonchè, pur esistendo nella nostra P. sintomi uditivi e cerebellari, sentiamo di poter escludere il tumore dei tubercoli quadrigemini, perchè i disturbi uditivi sono particolarmente quasi unilaterali e forse sono stati precoci, non tardivi. Escludiamo un *tumore a sede peduncolare* o *pontina* per l'assenza di una sindrome alterna (Weber, Benedict, Millard-Gubler), nonchè *bulbare*, poichè, ad onta dell'offesa dei 5 ultimi nervi cranici, il decorso di tale patimento sarebbe più rapido e più grave.

Abbiamo qui segni indubbî di una localizzazione cerebellare. Ricordo come lo *Strümpell* abbia scritto che i tumori del cervelletto si diagnosticano con discreta sicurezza: dobbiamo intenderci su questa parola, giacchè Voi sapete che non c'è un neurologo che non abbia avuto in questo campo delle delusioni! Non dimenticate che si incontra spesso una notevole difficoltà per la diagnosi precoce di una lesione cerebellare, e soprattutto tenete bene a mente i rapporti che il cervelletto contrae con altre parti dell'encefalo, donde può aversi una sintomatologia non riferibile a vera lesione di questo viscere. Aggiungete che la dimostrazione di lesa funzione da sola è inadeguata a dare la certezza del suo patimento, senza aver prima dimostrato questi tre punti essenziali: 1° l'esistenza di tumore endocranico, il che spesso è facile; 2° che il cervelletto funziona male, compito peraltro meno facile a risolvere, ma pure possibile; 3° che un tumore non esiste fuori del cervelletto, il che molte volte è impossibile.

Orbene, nella nostra inferma abbiamo *sintomi di indubbia lesione cerebellare;* ve li enumero: emiipotonia s., emiiperdiadococinesia passiva s., emiadiadococinesia attiva s., emiipostenia s., emibradicinesia s., emibraditeleocinesia s., emidismetria s. (ipermetria), positiva la prova di Babinski, astasia, tendenza a cadere costantemente indietro e lateralmente (più a s. che a d.), asinergia, andatura da ubbriaco. Possiamo aggiungere che *si tradisce leso l'emisfero cerebellare sinistro.* Comprendete in tal guisa come la cefalea denunciata dalla P. sia più forte a s. che a d. e prevalgano nella metà s. del corpo tutti i fatti, or ora enunciati. Ricordate, tuttavia, che bisogna a tal riguardo essere molto cauti e che non sempre vale questo principio, potendo un tumore dell'angolo ponto-cerebellare di un lato o di un emisfero del cervelletto, ingrandendosi, spingere verso il lato opposto cervelletto, protuberanza, bulbo, ed allora queste parti, compresse contro la resistenza ossea, possono dar luogo ad una sintomatologia controlaterale. Nel caso nostro abbiamo una tale prevalenza di sintomi a s. che non possiamo a meno di riferirli ad una lesione dell'emisfero cerebellare corrispondente, per quanto l'emiparesi s. (prevalenza del deficit motorio dell'arto inf. s. su quello di d., Babinski più netto a s.), possa trovare spiegazione con una compressione della piramide d. contro il contorno del foro occipitale.

Ed ora cerchiamo di risolvere il secondo quesito: *il tumore è intra od extra cerebellare?* Ove si pensi alla frequenza dei tumori nella regione dell'angolo ponto-cerebellare e che per essi è particolarmente giustificato un pronto intervento chirurgico, per la possibilità di riuscire ad asportarli, si comprenderà come il problema diagnostico di sede acquisti la massima importanza dal punto di vista pratico. Il nervo più frequentemente colpito nei tumori dell'angolo ponto-cerebellare è senza dubbio l'acustico, donde è valsa alle neoplasie di questa regione la denominazione di « tumori dell'acustico » data dal Fumarola, che li ha particolarmente studiati, sia dal punto di vista clinico che anatomo-patologico. Di solito originano dal connettivo, che circonda l'ottavo paio, e più frequentemente il ramo inferiore del N. vestibuli (entro il condotto uditivo int.). Tutte e due le branche risultano quasi sempre compromesse e forniscono, in genere, i primi sintomi: la branca cocleare, allorchè è semplicemente irritata, dà luogo a ronzii, fischi, rumori, e più tardi, per un processo paretico o paralitico, a diminuzione progressiva e scomparsa dell'udito; la lesione, invece, della branca vestibolare determinerà vertigine rotatoria, nistagmo spontaneo verso la sede del tumore, lateropulsione, disturbi di equilibrio, impossibilità a conservare l'equilibrio stesso sul piede, dal lato malato. Un altro nervo cranico, per frequenza, dopo l'ottavo paio, che denuncia clinicamente un'offesa nei tumori dell'angolo ponto-cerebellare è il trigemino, la cui lesione nella branca sensitiva provoca precocemente iporeflessia della cornea dal lato colpito dal tumore, ed allorchè sia lesa gravemente la sua branca sensitiva, disturbi delle sensibilità nella metà omolaterale della faccia, infine, per compressione della branca motrice, disturbi a carico dei muscoli da essa innervati.

L'anestesia corneale, i disturbi dell'VIII paio ed il nistagmo (paralisi dello sguardo) caratterizzano la triade sintomatica dei tumori della regione ponto-cerebellare.

Il VI paio spesso si trova leso, di solito però non direttamente, ma indirettamente, a causa dell'ipertensione generale. Abbastanza frequente è la partecipazione del VII paio (paresi o

paralisi totale a tipo periferico), dati i suoi rapporti di vicinanza con l'acustico. Esistono tuttavia casi, nei quali, ad onta di una notevole compressione del facciale da parte del tumore, questo nervo non denuncia alterata la sua funzione, e ciò perchè, come si è detto un momento fa, i nervi cranici reagiscono in modo diverso di fronte alle offese (Christiansen).

I segni di lesione degli altri nervi cranici parlano per la diagnosi, soltanto allorchè siano unilaterali ed associati con quelli del V, VII ed VIII paio.

Orbene, nel nostro caso possediamo argomenti per ritenere che la sede più probabile di origine del tumore sia l'angolo ponto-cerebellare sinistro: infatti, si ha indubbia compromissione del V paio di sin. (a giudicare dall'assenza del riflesso corneale, della lacrimazione, dell'anestesia nei due terzi anteriori della metà s. della lingua), lesione del VI di s. (facile esauribilità del muscolo retto esterno di questo lato), del VII s. (paresi del facciale inferiore), e dell'VIII s. (lesione delle due branche, blocco totale della branca vestibolare, parziale della cocleare s.), nonchè semplice stato irritativo dell'VIII a d. Aggiungete il dato radiografico, che si riferisce all'indeterminatezza dei contorni del condotto uditivo interno per una zona di rarefazione. Sapete quanto valore possa acquistare questo segno, ove sia ricercato con particolari accorgimenti di tecnica radiologica (Lupo e Bertolotti), sebbene il Cushing ritenga che la ricerca esiga una estrema prudenza di giudizio. Contro la possibilità di un tumore dell'angolo ponto-cerebellare potrebbe parlare nel nostro caso l'assenza della papilla da stasi, che in genere compare, invece, precocemente. Tale reperto passa, peraltro, in seconda linea, di fronte al complesso dei dati riferiti, fra i quali, segno assai importante di tale localizzazione, è senza dubbio la grave lesione dell'acustico. E poichè, come si è detto, il patimento dei nervi cranici ricordati è tutto a sinistra, non può essere che colpita la regione sinistra ponto-cerebellare.

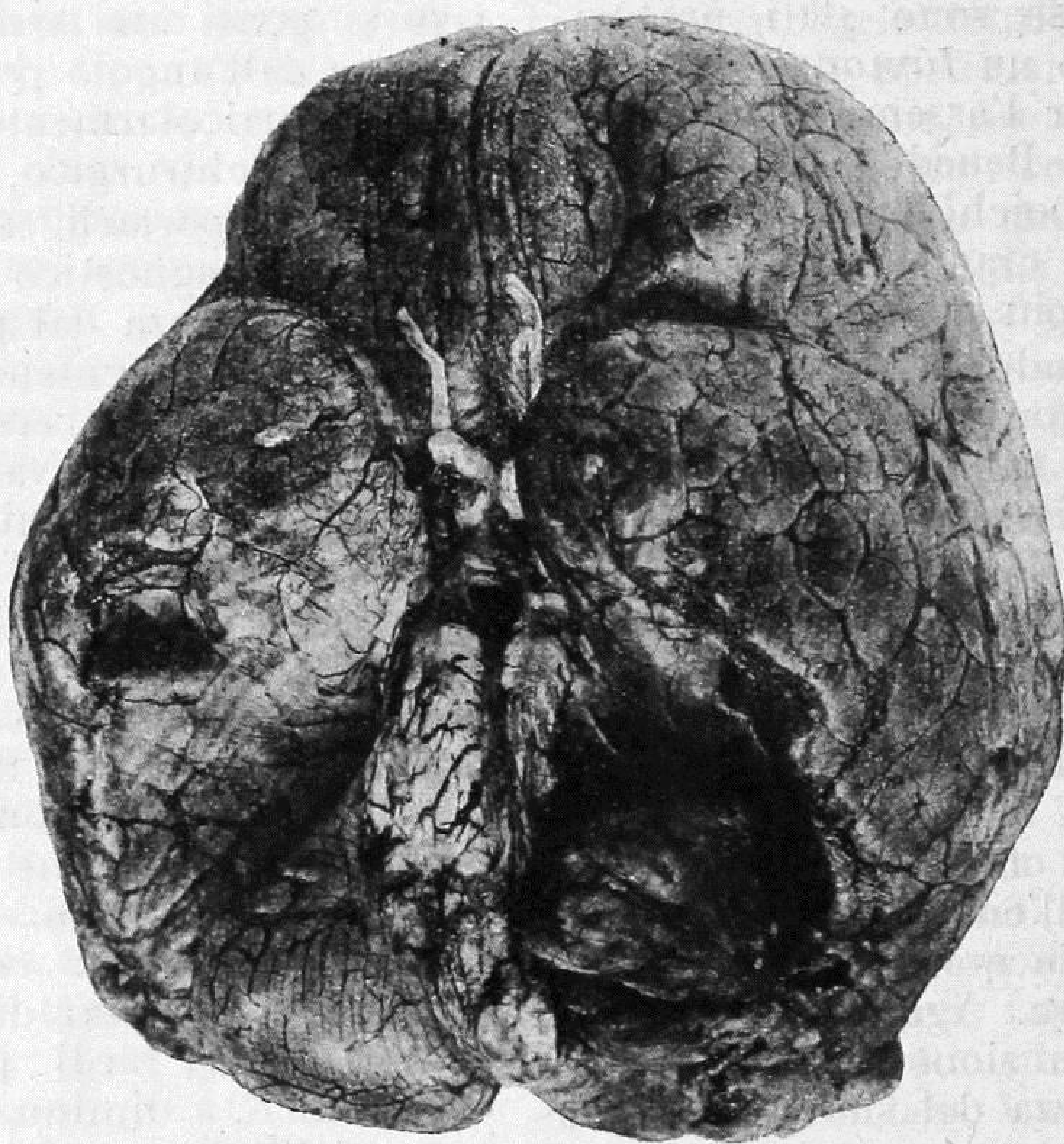


FIG. 1.

Assumerebbe notevole interesse, ai fini diagnostici, poter stabilire l'epoca di comparsa dei disturbi riferibili alla lesione dell'ottavo paio unilaterale, essendo noto che in questi tumori iniziano prima i fatti locali e talvolta soltanto tardivamente quelli di ordine generale. È noto altresì che un'offesa della branca cocleare dell'acustico può restare allo stato di latenza anche per lungo tempo, senza che l'ammalato se ne accorga. Non così avviene per la lesione del tronco vestibolare, a cui, come si è detto, sono da riferire disturbi più o meno molesti, e perciò di solito avvertiti dall'infermo. Orbene nella nostra paziente, non si può escludere che le cadute improvvise. alle quali accenna e che rimontano a parecchio tempo indietro, stiano a significare già una lesione della branca vestibolare di s.

Ciò che possiamo con certezza dire qui è che l'offesa del V e VII paio ha preceduto i sintomi cerebellari; donde la possibilità che il tumore sia nato nella regione dell'angolo ponto-cerebellare s. Mancano argomenti per la coesistenza di una meningite sierosa circoscritta, cistica, netta.

Abbiamo dati per escludere che questo tu-

more dell'angolo sia partito dall'osso, mancando il tipico reperto radiografico di una lesione della rocca.

Resta quanto mai a discutere se esso si sia impiantato primitivamente sull'acustico o non piuttosto sul V o sul VII di s., figurando la lesione di questi due nervi cranici fra i primissimi sintomi.

Non è possibile, sulla scorta dei dati posseduti, decidere per l'una o per l'altra possibilità: la nozione di frequenza (i tumori della regione ponto-cerebellare originano nel maggior numero dei casi dall'ottavo paio) ci fanno propendere verso tale evenienza.

*
* *

Concludendo: esistono nella nostra inferma sintomi di tumore dell'angolo ponto-cerebellare sinistro (lesione del V, VI, VII, VIII paio), associati a quelli di compressione dall'esterno (donde atrofia), e fors'anche, invasione dell'emisfero cerebellare corrispondente, compressione delle vie piramidali bilateralmente (per quanto più a s. che a d.), a livello del ponte e del midollo allungato, infine, compressione delle ultime quattro paia dei nervi craniensi (IX, X, XI e XII di s.).

Coesiste una lesione del verme? Come sapete, esso può denunciare un patimento anche per semplice compressione e spostamento verso il lato opposto al tumore. Abbiamo qui ragione di pensare ad una sua offesa, in base al fenomeno costante della retropulsione e del nistagmo laterale (prevalente tuttavia nello sguardo verso s.). Aggiungiamo, infine, che esiste nistagmo verticale, sintoma frequente a riscontrarsi in tumori, che offendono la parte più anteriore del cervelletto.

*
* *

Diagnosi di natura. È questo un compito molto difficile e delicato. Tenete a mente che la nostra P. fu operata varî anni or sono di un tumore uterino, che pare fosse di natura benigna, nonchè ebbe a riportare 5 a. fa un trauma in corrispondenza della regione orbitaria s., e voi sapete quanto valore sia stato assegnato ai traumi per spiegare l'insorgenza di tumori di natura gliomatosa. Ciò premesso, alcune forme morbose possiamo senz'altro escludere: così un *ascesso del lobo s. del cervelletto*, per la mancanza della febbre, della leucocitosi, per i caratteri del reperto radiografico della rocca petrosa s., infine, per l'assenza di pregresse lesioni otitiche a s. L'*echinococco del cervelletto* è raro, e qui lo escludiamo anche per l'assenza di eosinofilia; superfluo ci è parso eseguire l'intradermo-reazione alla Casoni. Un *cisticerco del cervelletto?* Tale diagnosi è resa qui poco verosimile per la nozione che il parassita predilige le meningi, la tela coroidea, gli spazi sottoaracnoidei, particolarmente la regione degli spazi perforati, ma soprattutto per l'assenza di noduli sottocutanei e nei muscoli. È bene ricordare che

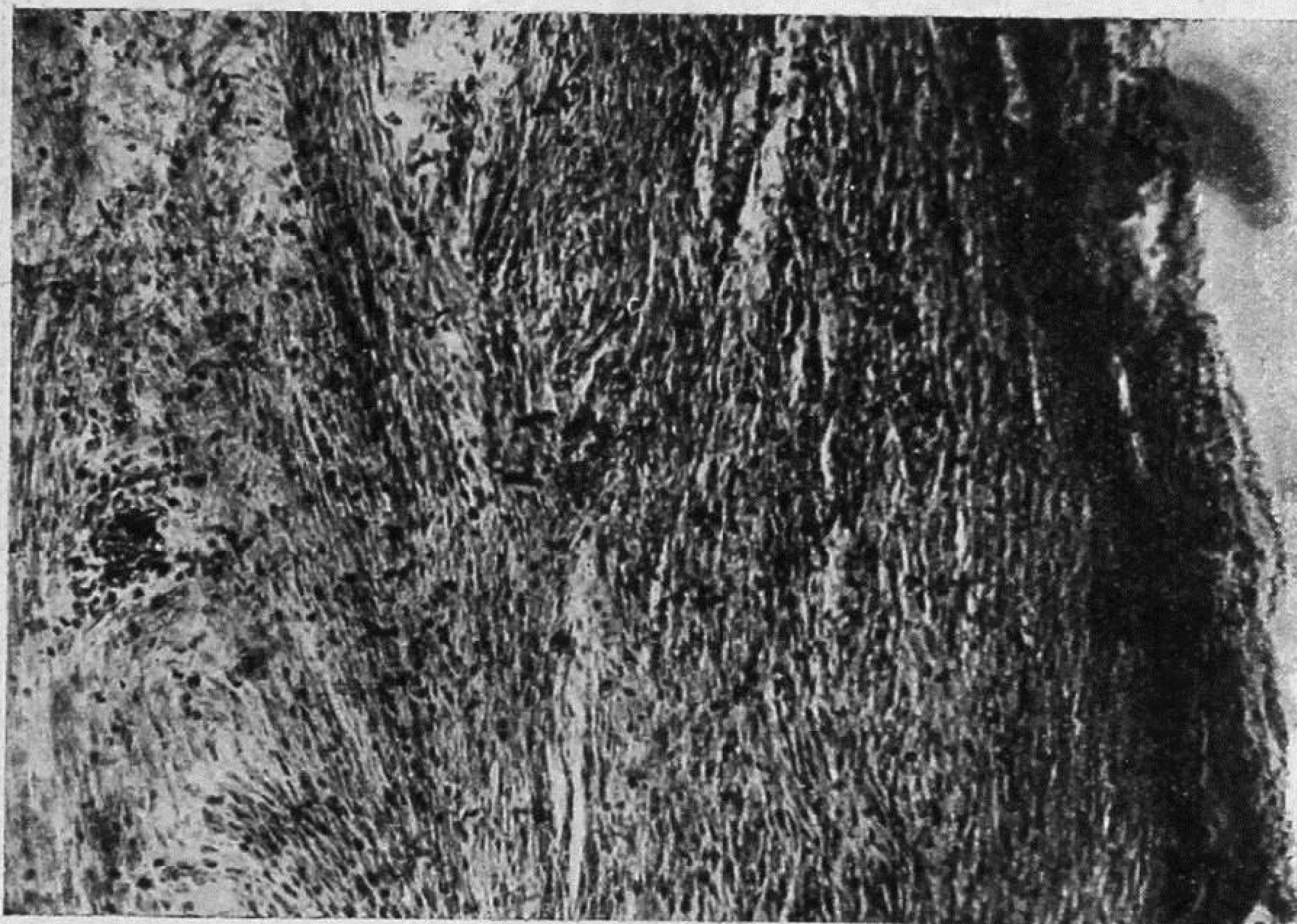


Fig. 2. — Porzione superficiale. Zona inferiore. Faccia laterale comprendente circa 9 mm. di spessore. È visibile la capsula esterna e, al di sotto di questa, si osservano fasci di tessuto, orientati in vario senso. A s. fra i fasci, e precisamente negli interstizi di questi, un vasellino sanguigno.

Microfotogramma da preparato colorato, secondo il metodo di Bolsi. Obbiettivo Bausch e Lomb di 16 mm. Oculare 4 periplanatico di Pleitz. Distanza a soffietto 60 cm. circa. Lastre pancromatiche Cappelli. Disensibilizzatore al pinacriptolo. Schermo Wratten.

il cisticerco è malattia subdola e può talvolta rappresentare una sorpresa di autopsia; aggiungete che in questa affezione manca la papilla da stasi. L'assenza di rumori vascolari, apprezzabili all'ascoltazione del cranio e di lesioni vasali arteriose, constatabili all'esame obbiettivo di questa donna, rendono poco probabile la diagnosi di *tumore vascolare del cervelletto*. Si tratterà di *una cisti apoplettica cerebellare?* In genere la sintomatologia è più rapida e più drammatica di quella offerta dalla nostra paziente. Non dimenticate, pertanto, che l'inizio può essere talora anche lento, allo stesso modo che brusco può essere l'inizio di un tumore cerebellare. Non esistono tuttavia qui lesioni arteriose, valevoli a farci sospettare una cisti apoplettica. Non restano, dunque, a considerare che la *tubercolosi*, la *sifilide* ed il *tumore*. L'ipotesi di una *tubercolosi solitaria*, che pure deve essere sospettata per l'assenza della papilla da stasi, è contraddetta dalla mancanza di febbre, di qualsiasi fatto specifico, sia personale che famigliare, nonchè dalla negatività della cutireazione. Va poi certamente esclusa una forma atipica, protratta di meningite tubercolare basilare, per l'assenza innanzitutto del sintoma di Kernig e per il reperto del liquido cefalo-rachidiano (non linfocitosi, non reticolo del Mya ecc.). Non discutiamo la *sifilide del cervelletto*, sia per la rarità di gomme o di altre manifestazioni luetiche in questa regione che per l'assenza nella nostra donna di ogni dato anamnestico, obbiettivo e biologico (Wassermann negativa), infine, per i caratteri del liquor e per l'inefficacia di una intensa terapia iodoarsenicale. Concludendo; pensiamo ad un *tumore propriamente detto dell'angolo ponto-cerebellare sinistro con grave offesa del lobo omolaterale del cervelletto*. Tale concetto è appoggiato dai caratteri del liquor (dissociazione albumino-citologica ed iperglicorrachia).

È possibile precisare la diagnosi di questo tumore dal punto di vista istopatologico? Possiamo emettere soltanto delle ipotesi: così sappiamo che il glioma predilige il cervello, il cervelletto, la protuberanza; il sarcoma la meninge. Sono stati descritti nella regione dell'angolo ponto-cerebellare, oltre al glioma ed al sarcoma, il glioma cistico, il cistosarcoma, il fibrosarcoma, il neurinoma (assai frequente). L'assenza di un peggioramento improvviso nel decorso della malattia, offerta dalla nostra P., più che ad un glioma, così detto telangectasico, nel cui seno sono facili ad insorgere emorragie, ci fa pensare ad un *neurinoma* primitivo dell'acustico di sinistra. Teniamo a mente che da due mesi il tumore decorre con una certa rapidità, offrendo un particolare carattere aggressivo. Non riteniamo prudente eseguire l'encefalografia per i pericoli, a cui sarebbe esposta questa inferma.

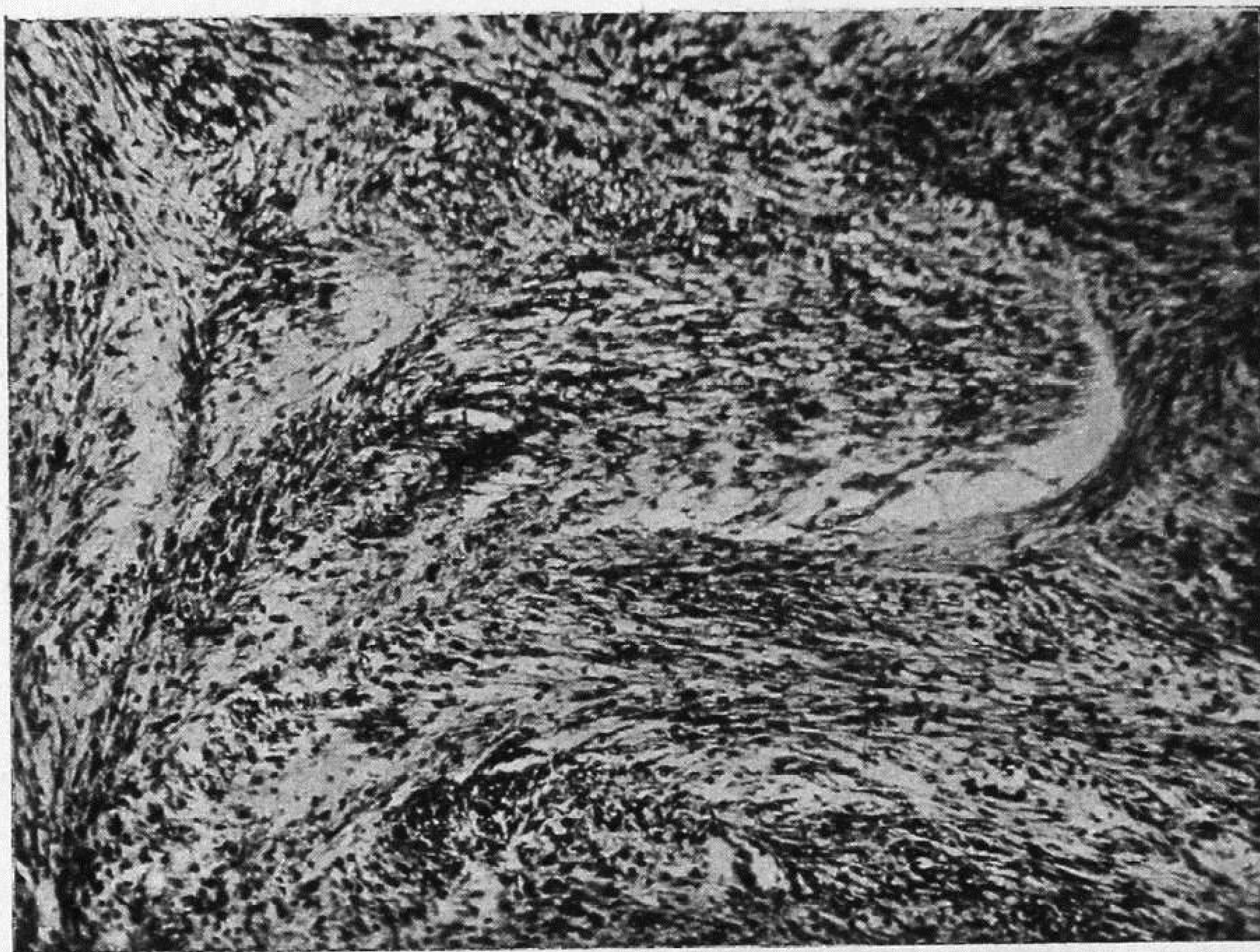


FIG 3. — Aspetto dei fasci a palizzata ed areole di rarefazione. Microfotogramma da preparato colorato, secondo il metodo di Penfield. Obbiettivo Bausch e Lomb di 8 mm. Oculare 4 compensato Koristka. Distanza a soffietto 53 cm. Lastre pancromatiche Cappelli ultrarapide. Schermo Agfa senza disensibilizzazione.

*
* *

Prognosi. Come facilmente comprenderete, la prognosi è qui senz'altro infausta, aggiungiamo, anzi, a breve scadenza, dato il notevole grado di denutrizione e di anemia della malata. Temiamo in essa la possibilità di una

morte improvvisa per compressione del bulbo contro il contorno del forame occipitale, ed i conseguenti danni letali della lesione del vago. Oltre a ciò, temiamo qui l'insorgenza, da un giorno all'altro, di una broncopolmonite ab ingestis, per la lesione del glosso-faringeo s.

Terapia: stando così le cose, che c'è da fare? Intervenire o no? Denunciamo senz'altro assolutamente inefficace ogni cura medica e le applicazioni dei raggi Röntgen. Consiglieremo una craniotomia decompressiva? In questo caso certamente no, dato il lieve grado d'ipertensione endocranica; in altri casi, invece, nei quali la sindrome ipertensiva sia notevole, noi benediciamo quel chirurgo, il quale, facendo spazio al cervello, sa procurare al malato un benefició maggiore di quello che non possiamo noi medici. Il Murri ebbe a dire che l'inazione chirurgica è la prima causa di morte dei malati in questi casi. Orbene, ad onta della gravità delle lesioni per la ormai vasta estensione del processo tumorale, se si considera che nulla possiamo fare medicalmente a vantaggio di questa povera donna, noi suggeriremo al chirurgo di praticare una breccia sulla strada dell'angolo ponto-cerebellare per tentare di enucleare il tumore. E se ciò non sarà possibile, l'intervento varrà pertanto a mettere tranquilla la nostra coscienza!

Il giudizio diagnostico di sede e di natura potrebbe essere anche fallace, nonostante il nostro ragionamento, che pure ci sembra esatto: diffidate delle regole, del facile, e lasciate sempre margine all'imprevisto, pensando alla fallibilità umana. Molti si atteggiano ad impeccabili, ed io chiudo il mio dire, ripetendovi una frase magistrale del Murri: « Voi potete anche compatire, questi infallibili, ma Vi prego di non imitarli ».

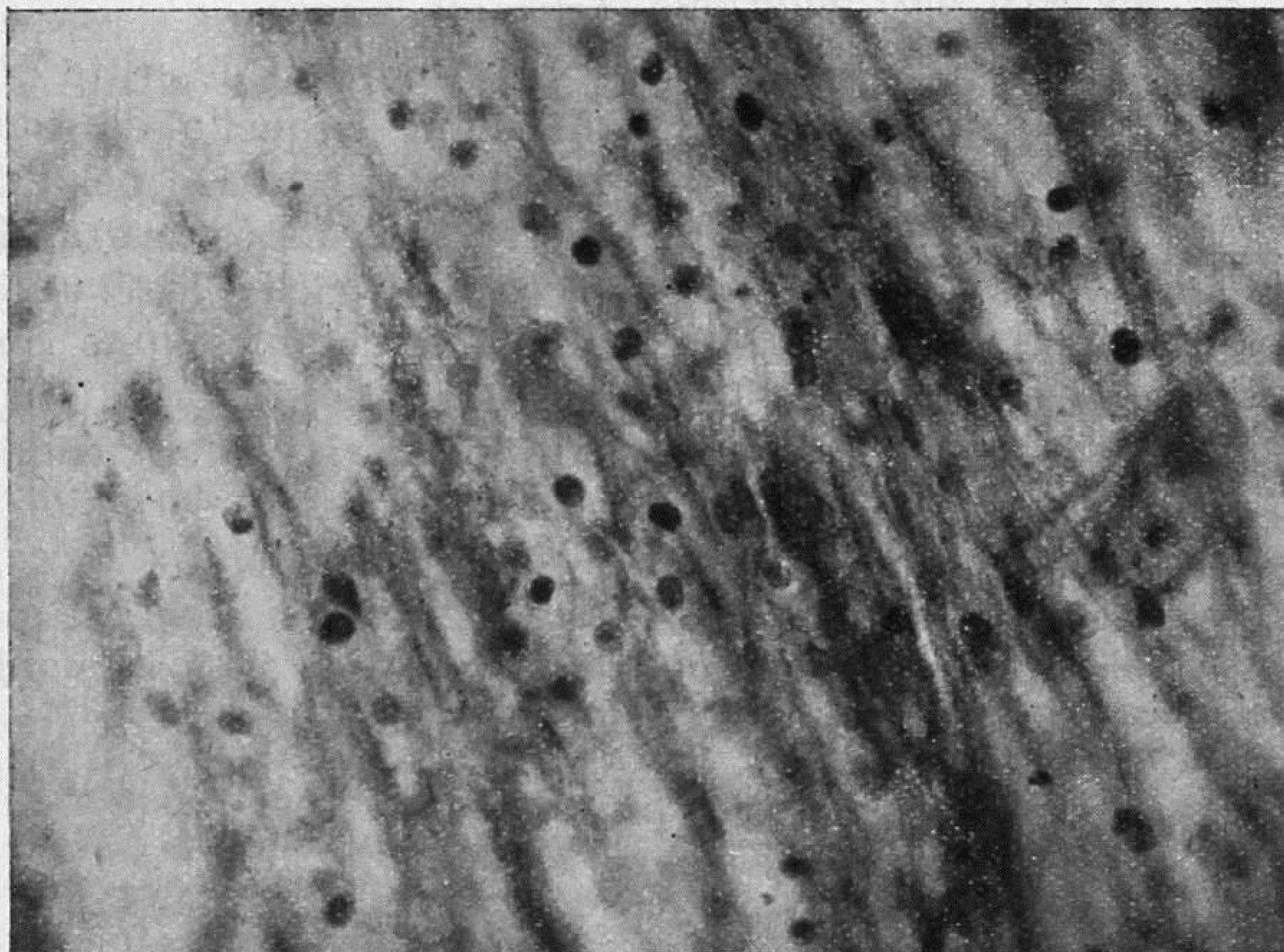


Fig. 4. — Aspetto della fibrillatura dei fasci del tumore colpiti parallelamente al loro maggior asse.
Metodo Cajal-Bielschowski. Obbiettivo Bausch e Lomb 4 mm. Oculare 4 compensato. Distanza a soffietto 50 cm. Lastre Cappelli pancromatiche. Schermo Wratten. Disensibilizzazione al pinacriptolo.

*
* *

La paziente veniva, qualche giorno dopo la presentazione in Scuola, passata in Clinica Chirurgica. Ma poichè il suo stato andò rapidamente aggravandosi (cefalea continua, fatti polmonari ipostatici, polso piccolo e frequente), il prof. Fasiani ritenne prudente di non intervenire, cosicchè l'inferma ci fu riconsegnata.

Col rapido peggioramento del quadro neurologico, si stabilì ben presto un'insufficienza degli sfinteri e l'ammalata venne a morte il 19-5-'33.

L'autopsia, eseguita dal prof. Cagnetto, ha dato il seguente risultato:

Tessuti molli pericranici normali. Sul parietale, di sotto la galea, esiste una chiazza emorragica, recente, rotonda. Calotta asimmetrica, sottile e leggera. Diploe paonazza, dura, non aderente, diafana, cosicchè si scorgono le vene vitali della convessità. Seno sagittale superiore vuoto. A sinistra forte appiattimento delle circonvoluzioni cerebrali e solchi appiattiti. Eguale reperto, più modico a destra. Leptomeninge liscia e trasparentissima. Consistenza cerebrale normale ed encefalo in sito; staccando l'encefalo dalla base, esce liquor limpido a zampillo dal tuber, assai assottigliato.. Nella fossa cranica media si vede a sinistra una massa sorgente dall'angolo ponto-cerebellare e tendente verso il clivus. La leptomeninge, in corrispondenza del grande sistema interpeduncolare, è sottile e delicata. Sotto il tentorio, la massa occupante quasi tutta la fossa cere-

bellare è tenacemente adesa all'origine dell'acustico interno, quasi commedesimata con le fibre dell'acustico e del facciale, in sede. Il meato acustico interno è imbutiforme per atrofia ossea da compressione del tumore. Questo è grosso quanto una piccola albicocca, sodo, rotondeggiante, in parte bianco-midollare, in parte roseo, rivestito di una lamina sottile, piale assai vascolarizzata (v. fig. 1). La massa innicchiata nell'angolo ponto-cerebellare, atrofizza per compressione la metà sinistra della protuberanza anulare, e in parte si addentra nel midollo allungato, schiacciandone la piramide e l'oliva. Essa è poi innicchiata nell'emisfero cerebellare sinistro, ridotto circa a metà del suo volume. Non flogosi delle meningi, ma solo iniezione vasale qua e là nel tumore, che dal basso all'alto comprime un po' anche il lobo temporo-sfenoidale. Non raccolta liquida nella valecula. Spaccato nel mezzo, si nota che il tumore è compatto e di vario colore; su sfondo grigio-cereo si notano strie giallo-zolfo di degenerazione grassa. Pure la compattezza è varia, non però fatti cistici e focolai apoplettici profondi, come il Clinico aveva affermato.

Diagnosi anatomica. — Grosso *neurinoma* dell'acustico di sinistra con atrofia da compressione della metà omonima dell'emisfero cerebellare, del ponte e del midollo allungato. Idrocefalo interno sintomatico. Edema polmonare subacuto. Flebolito splenico. Lieve indurimento cianotico del fegato e dei reni.

Diagnosi istologica. — Viene confermata pienamente la diagnosi anatomica (v. fig. 2, 3 e 4).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA - PAD. FLAIANI
Primario: Prof. A. CHIASSERINI.

Due casi di cisti dermoidi del mesentere.

Dott. LIBERO UGELLI, assistente.

Le cisti del mesentere rappresentano un capitolo molto interessante della patologia addominale.

Osservate per la prima volta durante un'autopsia dal fiorentino Benevieni, anatomico del XVI secolo, esse sono state poi oggetto di numerosi lavori, e si può ritenere che sino ad oggi ne siano stati pubblicati circa 500 casi.

Numerose classificazioni delle cisti del mesentere sono state proposte dai vari autori, dalla prima di Portal (1803) e da quelle di Braquehaye (1892), di Moynihan (1897), di Dowd (1900) fino a quelle più recenti di Brunetti (1913), di Donati (1914), di Forster (1921), di Cornioley (1926), ecc.

Le cisti dermoidi rappresentano per opinione comune di tutti gli autori, la varietà più rara: mentre secondo alcuni costituiscono l'8 o il 9 % di tutte le cisti del mesentere, secondo altri non rappresenterebbero che il 5 % di queste (Cornils).

Le cisti dermoidi del mesentere si riscontrano molto più frequentemente nel sesso femminile e nell'età giovane. Esse sono in generale cisti semplici, cioè monodermiche e si possono ritenere derivate dall'inclusione e isolamento di germi ectodermici nello spessore del foglietto medio al momento della chiusura della fessura addominale posteriore dell'embrione (Verneuil). Più raramente invece si tratta di cisti dermoidi complesse o cisti teratoidi, che derivano da due o da tutti e tre i foglietti blastodermici (cisti bi- o tridermoidi), nelle quali possono essere rappresentati tutti i tessuti e tutti gli organi.

Il primo caso descritto di cisti dermoide del mesentere è quello di Andral (citato da Pakowsky), riscontrato nel 1929 durante l'autopsia di una donna negra. Pakowsky nel 1912 raccoglieva nella letteratura 31 casi di cisti dermoidi del mesentere propriamente detto. Nel 1920 Cornils riuniva 34 osservazioni simili più 8 personali, delle quali però solo 5 riguardanti cisti dermoidi. Dal 1920 al 1932 Warfield è riuscito a raccogliere nella letteratura 129 casi di cisti del mesentere; tra queste ha trovato sei cisti dermoidi e una epidermoide. A tutte queste possiamo aggiungere le osservazioni di Pardo Castello (1913), Ladwig (1929), Charrier e Traissiac (1930), Luly (1930) e Cortella (1932), che non sono comprese in nessuno dei lavori sopra citati.

Si avrebbe così un totale di circa 50 casi, cifra che è da ritenersi con ogni probabilità come superiore al reale, perchè non tutte le osservazioni riportate come cisti dermoidi sono da ritenersi sicuramente come tali.

Abbiamo perciò creduto di un certo interesse il riferire su due casi di cisti dermoidi semplici del mesentere, a decorso completamente latente, osservati ambedue casualmente, il primo in una donna di 48 anni affetta contemporaneamente da colecistite calcolosa e il secondo in una ragazza di 14 anni venuta alla nostra osservazione per una tonsillite acuta.

Ambedue i casi, che qui sotto riportiamo, furono operati dal prof. Chiasserini; il primo nell'Ospedale Civile di Venezia, il secondo nell'Ospedale del Littorio di Roma.

CASO I. — M. E., da Mestre, di anni 48, coniugata, donna di casa.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Nell'infanzia soffrì di morbillo e di febbri malariche. Mestruata a 11 anni: le mestruazioni furono sempre regolari tranne che per un periodo di circa due anni, dopo un aborto che richiese una revisione uterina. Sposata a 14 anni con uomo sano, ebbe in pochi anni due gravidanze a termine e

quattro aborti. Rimasta vedova a 18 anni si sposò nuovamente a 31, ma dal secondo marito non ebbe figli.

Da circa due anni la paziente soffre di disturbi a carico dell'apparato digerente: digestioni difficili, senso di peso all'epigastrio, spesso eruttazioni acide; mai vomito. Alvo stitico. Da un mese e mezzo sono comparsi veri dolori, talvolta molto intensi, che dalla regione epigastrica e dall'ipocondrio destro si irradiano alla spalla destra e si accompagnano spesso a vomito biliare. La paziente non ha mai presentato ittero nè ricorda di aver mai osservato urine scure e feci scolorate. Non si è mai accorta neanche della presenza di tumefazioni a carico dell'addome.

Entra in reparto (III Divisione Chirurgica dell'Ospedale Civile di Venezia) il 9-XII-1929.

E. O. Condizioni generali di nutrizione e sanguificazione buone.

Nulla di notevole a carico dell'apparato respiratorio e di quello circolatorio.

Addome: globoso, con pareti molto spesse. La palpazione profonda in corrispondenza dell'ipocondrio destro suscita modico dolore. Il fegato non deborda dall'arco costale.

Non si apprezzano punti dolorosi posteriormente. A sinistra della cicatrice ombellicale si palpa una tumefazione, della grandezza approssimativa di un mandarino, dura, mobile, indolente, della quale non si riesce ad apprezzare altri caratteri per il notevole spessore della parete addominale.

Esame delle urine: completamente negativo.

Pressione arteriosa (al Pachon): Pmx 140, Pmn 100.

Diagnosi: colecistite calcolosa.

Operazione (prof. Chiasserini), il 14-XII-29.

Anestesia locale completata con leggera narcosi eterea.

Laparotomia mediana xifo-ombellicale. Stomaco ectasico, mobile. Appena iniziata l'esplorazione si nota una tumefazione rotondeggiante, inclusa tra le pagine del mesentere dell'ileo, grande quanto un uovo di gallina, che viene facilmente enucleata e asportata. Sutura della breccia praticata nel mesentere. La cistifellea è retratta e presenta aderenze col duodeno e col mesocolon; nell'interno di essa si apprezza con la palpazione un calcolo della grandezza di una nocciola. Non si palpano calcoli nel coledoco. Colecistectomia. Controapertura laterale per drenaggio tubulare della loggia colecistica. Sutura a strati della parete. Decorso postoperatorio regolare con guarigione per prima.

Il contenuto della cisti, giallastro, poltaceo, sebosimile, ricorda macroscopicamente quello delle cisti dermoidi. Osservato per schiacciamento al microscopio dimostra la presenza di piccole masse giallastre, omogenee, rifrangenti ed amorfe, come precipitazioni di sostanza grassosa e numerosi prodotti di involuzione di cellule desquamate.

Si rinvengono anche rari filamenti, sottili e midollati, che possono interpretarsi come formazioni pilifere.

La parete cistica, molto spessa, si dimostra costituita all'esame microscopico da tessuto connettivo, senza tracce di rivestimento epiteliale interno.

La diagnosi istologica fu pertanto quella di cisti a contenuto sebaceo, di probabile natura dermoide. La riserva sulla natura dermoide della cisti è in parte giustificata dall'assenza del rivestimento epiteliale, ma se si tiene conto dei caratteri del contenuto, della presenza di peli, del notevole spessore della parete fibrosa, e se si tiene presente il fatto, segnalato da parecchi autori, che nelle cisti dermoidi il rivestimento epiteliale interno spesso è desquamato e manca per larghi tratti e può anche essere completamente assente (Kirmisson, Pakowsky, Warfield), si può giungere alla conclusione che in questo caso si trattava sicuramente di una cisti dermoide del mesentere dell'ileo.

CASO II. — M. S., da Roma, di anni 14, nubile, donna di casa.

Nulla di rilevante nell'anamnesi familiare. Fin dall'infanzia è andata soggetta facilmente a tonsilliti acute. A 8 anni ha sofferto di broncopolmonite. Nessun'altra malattia degna di nota. La prima mestruazione è comparsa tre mesi fà. Due anni or sono la paziente si accorse per caso della presenza nella metà destra dell'addome di una tumefazione la quale, dapprima della grandezza di un uovo di piccione, è andata lentamente, ma progressivamente aumentando di volume fino a raggiungere la grandezza attuale che è all'incirca quella di una testa di feto. La suddetta tumefazione non ha mai arrecato alcun disturbo alla paziente; questa perciò non se ne è mai preoccupata e non sarebbe venuta alla nostra osservazione se non fosse stata colta da due giorni da febbre e da dolore alle fauci, per cui viene ricoverata nell'Ospedale del Littorio (Padiglione Flaiani) il 14-VII-32.

E. O. Condizioni generali di nutrizione e sanguificazione ottime.

Lingua patinosa, umida. Tonsille tumefatte ed arrossate. Faringe arrossato. Polso 94, di media ampiezza e pressione, ritmico. Temperatura 38°,2.

Apparato linfoglandolare: micropoliadenia latero-cervicale bilateralmente.

Apparati respiratorio e circolatorio: nulla di rilevante.

Addome: globoso, trattabile ovunque. In corrispondenza della metà destra si nota all'ispezione una tumefazione, di forma rotondeggiante, con superficie regolare, a limiti indistinti che occupa tutto l'ipocondrio e il fianco destro. Con la palpazione si apprezza che la tumefazione, del volume di una testa di feto a termine all'incirca, presenta una superficie liscia, ha consistenza duro-elastica ed è leggermente dolente alla pressione profonda. Essa si spinge medialmente fino alla linea mediana del corpo; in basso arriva circa quattro dita sotto l'ombellicale trasversa, in alto sembra continuarsi sotto l'arcata costale mentre verso l'esterno non si riesce a delimitare con esattezza. La tumefazione è poco mobile nel senso trasversale ed è quasi fissa in senso verticale e durante i movimenti respiratori; con la palpazione combinata bimanuale sembra presentare un contatto lombare. La percussione dà suono ottuso al disopra della tumefazione, risonanza timpanica intorno ad essa.

L'insufflazione del colon dimostra che il colon ascendente inquadra la tumefazione all'esterno. Il fegato presenta il margine superiore al IV spazio intercostale sull'emiclaveare; non si riesce a palpare il margine inferiore.

La milza appare nei limiti.

Non si riesce a palpare i reni.

L'alvo e la minzione sono regolari.

L'esame delle urine prelevate mediante catete-

rismo della vescica, dimostra la presenza di tracce d'albumina; zucchero, pigmenti biliari e urobilina assenti. Nel sedimento centrifugato: numerose emazie e discreto numero di leucociti.

Esame cromocitometrico del sangue: Globuli rossi: 4.300.000. Globuli bianchi: 7.200. Emoglobina 80. Valore globulare 0,93. Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 66, eosinofili 0, basofili 0, grandi mononucleati 4, linfociti 30.

Reazione di Wassermann: negativa.

Azotemia: 0,45.

Pressione arteriosa (al Pachon): Pmx 130, Pmn 85.

Intradermoreazione di Casoni: positiva tardiva.

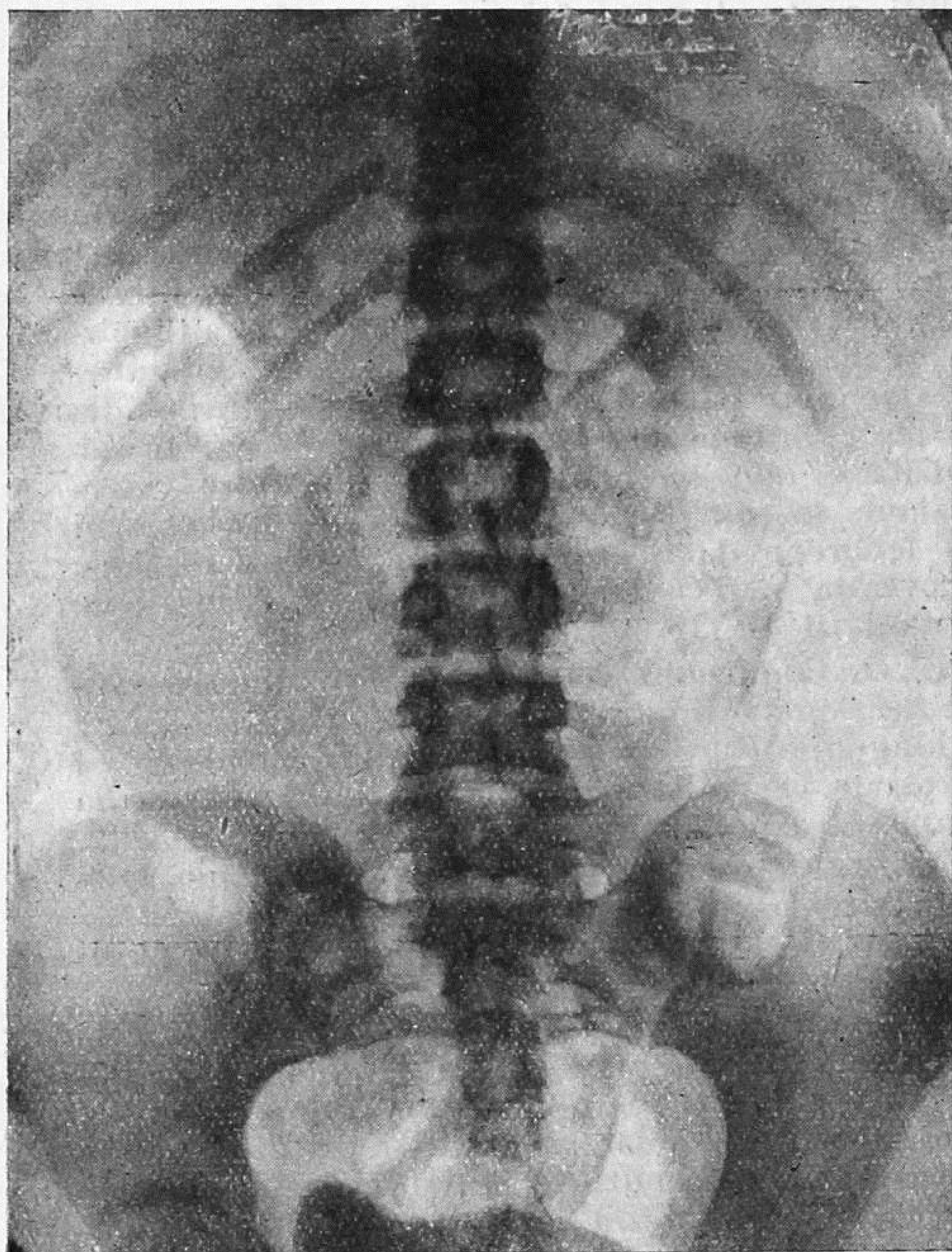


FIG. 1.

Sottocutireazione di Pontano: positiva.

Reazione di Ghedini-Weinberg: negativa.

Esame cistoscopico: Vescica ben continente, di aspetto normale. Sbocchi ureterali di aspetto normale. Cromocistoscopia: l'indaco carminio iniettato per via endovenosa viene eliminato a sinistra dopo 4'; a destra non viene eliminato dopo 9'.

Esame radiologico: mette in evidenza nella metà destra dell'addome un'ombra rotondeggiante, della grandezza di una testa di feto, a limiti nettissimi, in cui sono iscritte delle piccole calcificazioni; essa non contrae rapporti col rene destro.

L'indagine radiologica dell'apparato urinario eseguita con mezzo di contrasto (uroselectan B), dimostra la mancata eliminazione del prodotto da parte del rene destro. L'ombra renale di questo lato è visibile e appare di dimensioni piuttosto piccole. A sinistra il bacinetto non è totalmente ripieno; infatti i calici superiori non si rendono visibili che parzialmente (fig. 1).

Non è stato possibile praticare l'esame radiologico dell'apparato digerente.

Diagnosi: cisti d'echinococco del tessuto retroperitoneale.

Operazione (prof. Chiasserini), il 29-VIII-32.

Narcosi eterea regolare. Laparotomia pararettale destra.

Si rinviene una grossa tumefazione retroperitoneale che occupa la parte superiore della fossa iliaca destra, il fianco destro e parte dell'ipocondrio destro spingendosi medialmente fino alla linea mediana del corpo. Il ceco, sollevato e spinto in avanti, occupa la parte alta della fossa iliaca destra. Si incide il peritoneo posteriore che ricopre la tumefazione e si procede al graduale isolamento di questa dopo averla punta e parzialmente vuotata di un contenuto denso, poltaceo, color bruno cioccolato.

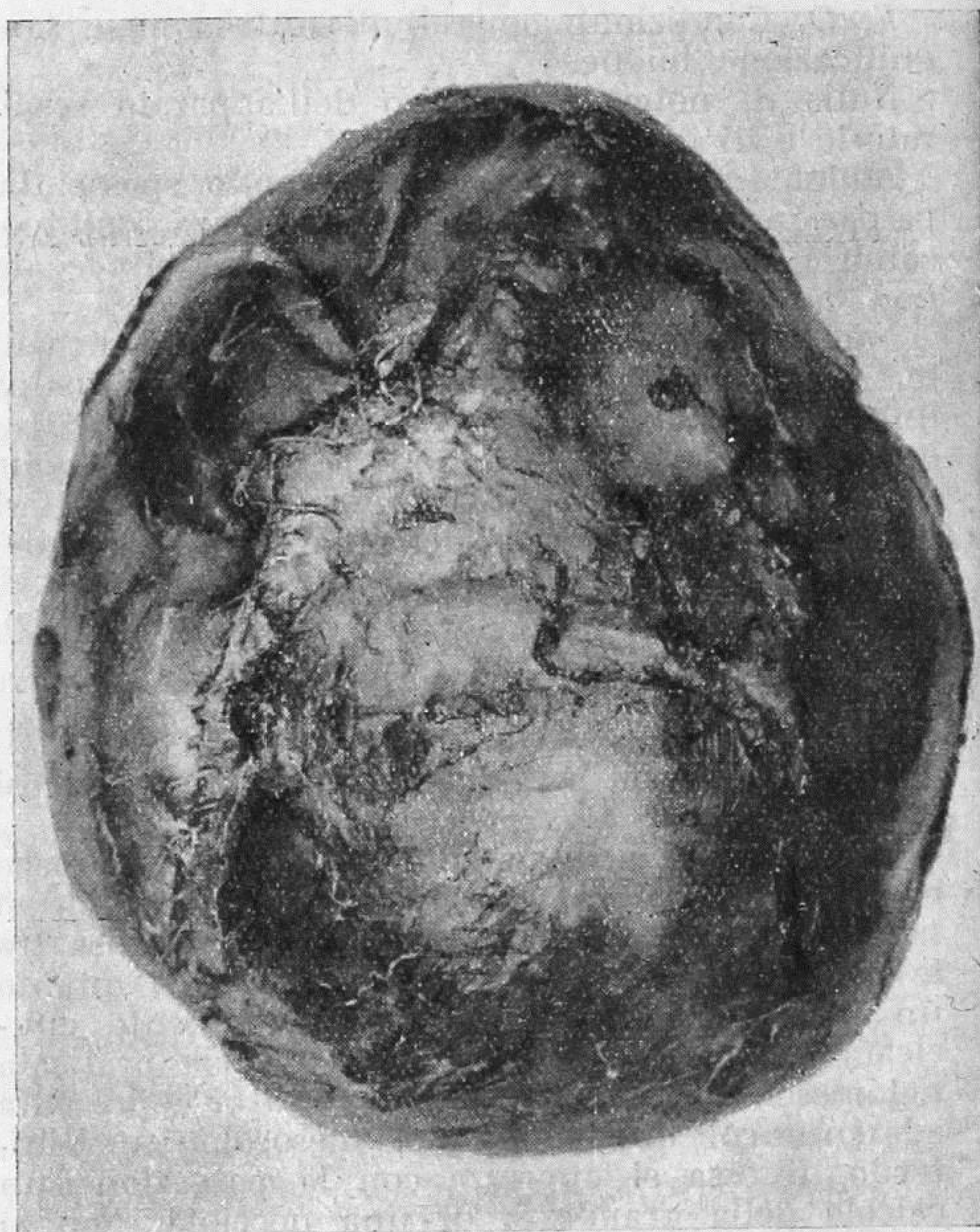


FIG. 2.

La tumefazione è fortemente aderente al mesentere dell'ultima ansa dell'ileo, tra le pagine del quale sembra si sia sviluppata estrinsecandosi poi posteriormente verso l'inserzione del mesentere. Essa comprime notevolmente l'uretere di destra che insieme con il bacinetto appare dilatato.

Enucleazione e asportazione della cisti. Sutura dell'apertura praticata nel mesentere. Drenaggio della fossa iliaca destra. Sutura a strati della parete. Decorso postoperatorio normale. La paziente si alza in XV giornata ed esce completamente guarita dopo 25 giorni dall'intervento.

La cisti asportata (fig. 2) appare di forma irregolarmente rotondeggiante e del volume di una testa di feto. La superficie esterna, di colorito grigio rossastro, perfettamente liscia in alcuni punti, presenta in altri punti dei lobuli di grasso e delle lacinie connettivali aderenti e dei vasi.

La superficie interna della parete, liscia, è di un colore bianco grigiastro, in alcune parti madreperlacea; essa in un tratto presenta una sporgenza a forma di sperone.

La parete cistica è di consistenza pergamenacea e molto spessa (in alcuni punti fino a 6 mm.). La cisti, parzialmente svuotata, pesa gr. 315 ed ha una lunghezza massima di cm. 12 e una circonferenza massima di cm. 32.

Il contenuto, denso, poltaceo, color bruno cioccolato, con grumi più densi e di aspetto grassoso ricorda macroscopicamente quello delle cisti dermoidi. Non si rinvengono però nè capelli nè ossa. L'esame microscopico del contenuto dimostra che esso è costituito da detrito amorfo, abbondantissime tavolette di colesterina, globuli di grasso, cellule epiteliali più o meno degenerate e qualche emazia.

All'esame istologico risulta trattarsi di una cisti dermoide con infiltrazione colesterinica della parete.

Ambedue i casi sopra riportati sono caratterizzati dal punto di vista clinico dall'assenza completa di qualsiasi disturbo in rapporto con la presenza della tumefazione cistica endoaddominale. Nel 1° caso infatti i disturbi a carico dell'apparato digerente accusati dalla paziente sono verosimilmente da mettersi in rapporto con la colecistite calcolosa e le aderenze pericolecistiche riscontrate all'intervento. I nostri due casi appartengono perciò alla cosidetta « forma latente » di cisti del mesentere, descritta dal Pean, e che si riscontra piuttosto raramente. Molto più frequenti sono invece le forme acute, caratterizzate dall'inizio brusco, con sintomi d'occlusione intestinale o di peritonite acuta, le forme con crisi dolorose progressive e le forme croniche, con scarso dolore, stipsi e disturbi vaghi della digestione.

Anche per i sintomi obbiettivi, il nostro 2° caso si differenzia da quello che costituisce la norma secondo Tillaux il quale descrisse come sintomi caratteristici dei tumori del mesentere: *a*) la situazione nella regione ombellicale; *b*) la mobilità in tutti i sensi, specie trasversalmente; *c*) la presenza alla percussione di zone sonore alternate a zone ottuse e di una zona sonora situata tra il tumore e il pube. Nel nostro 2° caso la tumefazione aveva sede nell'ipocondrio destro, era poco mobile in senso trasversale e fissa in quello verticale e dava un suono nettamente ottuso alla percussione. L'immobilità era dovuta al fatto che la cisti, pur essendo sviluppata fra le pagine del mesentere, aveva, coll'aumentare di volume, contratto rapporti e aderenze con la parete posteriore dell'addome. Questo dato anzi, unitamente al risultato di alcune prove di laboratorio, ci aveva condotto alla diagnosi di cisti d'echinococco del tessuto retroperitoneale.

Nel 1° caso il predominio nel quadro clinico dei sintomi a carico del fegato aveva fatto porre la diagnosi esatta, ma incompleta, di colecistite calcolosa, senza dare importanza alla presenza della tumefazione endoaddominale.

Tutti gli autori del resto sono concordi nell'affermare la difficoltà della diagnosi preoperatoria delle cisti del mesentere. La diagnosi generica può talora essere possibile, ma si può dire che solo l'esame radiologico può far porre con sicurezza la diagnosi precisa di natura mostrando la presenza nella cisti di ossa e di denti (quando esistono). Nei 31 casi raccolti da Pakowsky solo 4 volte fu fatta diagnosi di cisti del mesentere e soltanto in un caso di cisti dermoide del mesentere. Altre volte si pensò a una cisti ovarica, a una peritonite tubercolare, a un cancro del colon; nella maggioranza dei casi fu posta la diagnosi prudente di tumore addominale.

Il trattamento seguito nei nostri casi, enucleazione e asportazione della cisti, è senza dubbio il trattamento di scelta ed è quello che dà la minore mortalità (9 % nella statistica di Warfield). Non sempre però esso riesce possibile: talora è necessario resecare un tratto più o meno grande d'intestino, sia perchè questo aderisce fortemente alla cisti, sia perchè le manovre di isolamento e di liberazione possono averne compromesso la vascolarizzazione con pericolo di cangrena; in tal caso la mortalità, sempre secondo la statistica sopra ricordata, sale al 27 %. Le punture della cisti con aspirazione del contenuto, usate un tempo, sono oggi completamente abbandonate come mezzo terapeutico; tutto al più sono adoperate come mezzo diagnostico non esente però di pericoli in alcuni casi. Nelle cisti molto grosse, aderenti per largo tratto all'intestino, nelle quali l'enucleazione anche con resezione intestinale non è possibile, si può ricorrere al drenaggio o alla marsupializzazione della cisti a cui può seguire, in un secondo tempo, l'asportazione.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver fatto una breve rassegna della letteratura sull'argomento, illustra due casi di cisti dermoidi del mesentere a sintomatologia silenziosa.

Febbraio 1933.

BIBLIOGRAFIA.

KIRMISSON. Archives Générales de Chirurgie, pag. 562, 1912.
PAKOWSKY. Ibid., pag. 1027, 1912.
BRUNETTI. Policlinico, Sez. Prat., pag. 261, 1913.
PARDO CASTELLO. Revista de Medicina y Cirugia de la Habana, t. XVIII, pag. 353, 1913.
DONATI, *Chirurgia dell'addome.* Unione Tip. Torinese, 1914.

CORNILS. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 153, pag. 399, 1920.
FORSTER. Brun's Beitrage z. Klin. Chir., Bd. 124, pag. 116, 1921.
CORNIOLEY. Lyon Chirurgical, pag. 566, 1926.
LADWIG. Zentralbl. f. Chir., pag. 877, 1929.
LULY. Rinascenza Medica, maggio 1930.
CHARRIER et TRAISSIAC. Bordeaux Chirurgical, pag. 115, 1930.
CORTELLA. Policlinico, Sez. Prat., pag. 217, 1932.
WARFIELD. Annals of Surgery, settembre 1932.

NOTE DI TECNICA

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.

Direttore: Prof. C. FRUGONI.

La determinazione della ossalemia.

Dott. C. TOSCANO.

La determinazione dell'acido ossalico nel siero di sangue presenta notevoli difficoltà ed è soggetta a numerose cause di errore, che hanno messo sempre in imbarazzo i chimici che si sono studiati di realizzarla. Il metodo classico di determinazione dell'ossalemia è fondato sulla precipitazione dell'acido ossalico del siero dealbuminizzato, sotto forma di ossalato di calcio e sul dosaggio dell'ossalato con il permanganato di potassio.

Praticamente però si incontrano numerose difficoltà. Innanzi tutto occorre ottenere una totale estrazione dell'acido ossalico dal sangue. A tale scopo sono stati impiegati l'acido fosfomolibdico (Loeper e Beschamp), l'acido fosfotungstico in mezzo solforico (Morel e Sarvonat), l'acido tricloroacetico a freddo (Khouri, Gouillaumin, Laroche e Grigaut), l'acido tricloroacetico con aggiunta di acido cloridrico operando a caldo (Loeper e Tonnet, Douris e Beck), l'acido tricloroacetico più una soluzione di piombo (Khouri).

Il metodo della estrazione con acido tricloroacetico a freddo non dà risultati soddisfacenti, dato che una parte importante dell'acido ossalico può essere assorbita dalle albumine precipitate, ciò che si evita operando a caldo in presenza di un acido forte. Pertanto il metodo di estrazione con acido tricloroacetico più acido cloridrico a caldo sembra preferibile.

Ma la più grave difficoltà da superare per la determinazione dell'ossalemia con il metodo classico è costituita dal fatto che l'ossalato di calcio non è perfettamente insolubile nell'acqua distillata. Si ha dunque nelle successive manipolazioni una perdita di acido ossalico che non può essere esattamente valutata.

Per ovviare a questo inconveniente Khouri ha proposto un metodo di dosaggio basato sulla precipitazione dell'acido ossalico sotto forma di ossalato di urea.

Descriverò per sommi capi il *metodo di Khouri*.

5 cc. di siero vengono dealbuminizzati con 5 cc. di acido tricloroacetico al 5 %. Si centrifuga e il liquido chiaro si precipita con 5-6 cc. di soluzione di acetato basico di piombo; si centrifuga di nuovo e si decanta; si stempera il precipitato con 4 cc. di acido solforico al 10 %, ancora si centrifuga e si decanta, si opera ancora come prima con 3 cc. di acido solforico. I tre decantati così ottenuti si mescolano insieme.

Si estrae 3-4 volte con il doppio volume di etere-alcool (10 % di alcool), si filtra e si riduce a piccolo volume per evaporazione. Si precipita con 2 cc. di una soluzione alcoolica al 0,5 % di urea, si porta a bagnomaria fino a secchezza, si estrae il precipitato due volte con in tutto 6 cc. di alcool amilico e l'estratto chiaro viene evaporato a bagnomaria. Si scioglie il precipitato in alcuni cmc. di H_2O e si determina l'urea con un ureometro di precisione.

Contemporaneamente si tratta con lo stesso procedimento un volume eguale di soluzione alcoolica di urea a concentrazione nota. La differenza fra le due determinazioni esprime la quantità di urea che è stata assorbita dalla precipitazione dell'acido ossalico. Moltiplicando questa differenza per 9/12 si ottiene la quantità di ac. ossalico cercata.

Il metodo di Khouri evita l'errore dovuto alla solubilità dell'ossalato di calcio ed evita anche l'errore al quale non possono sfuggire i metodi di titolazione dell'ossalato di calcio con il permanganato, e che è dovuto alla presenza di particelle organiche, quando il precipitato di ossalato di calcio non sia stato ben purificato. Ma il metodo di Khouri non sfugge alla critica, dato che l'urea precipita anche il fenolo. Ma sopratutto il metodo di Khouri è abbastanza lungo e laborioso e mal si presta quindi per ricerche numerose e ripetute.

Loeper e Tonnet si sono studiati di eliminare, per quanto è possibile, gli inconvenienti del classico metodo di precipitazione dell'acido ossalico sotto forma di ossalato di calcio, ed hanno escogitato una tecnica che merita di essere conosciuta perchè ingegnosa e praticamente rispondente allo scopo.

METODO DI LOEPER E TONNET.

Reagenti necessari:
1. Acido tricloroacetico 20 %.
2. Acido cloridrico 1/10.

3. Soluzione di acido ossalico 1 ‰.
4. Siero artificiale della formula seguente:

Cloruro di sodio	gr. 8,50
Solfato di potassio	» 0,46
Solfato di magnesio . . .	» 0,25
Fosfato acido di sodio . . .	» 0,15
H_2O fino a	cc. 1000

5. Soluzione di rosso metile 2 %.
6. Soluzione di cloruro di calcio 10 %.
7. Ammoniaca pura.
8. Soluzione di acido acetico a 1/10.
9. Soluzione di acido solforico 20 %.
10. Soluzione di solfato di ferro ammoniacale della formula seguente:

Solfato di ferro ammoniacale .	gr. 5
Acido solforico	cc. 20

11. Soluz. di permanganato di potassio n/100.

Tecnica. — Si prelevano 50 cc. di sangue per puntura venosa o a mezzo di ventose scarificate, in modo da ottenere almeno 25 cc. di siero. In un pallone tarato da 50 cc. si introducono 25 cc. di siero, poi 20 cc. di acido tricloroacetico (1) e 10 gocce di acido cloridrico (2). Si mette il pallone in bagnomaria bollente per almeno 5 minuti, si lascia completamente raffreddare, si porta a marca con acqua distillata e si filtra per carta.

Si prendono due tubi da centrifuga di grosso calibro e a fondo rotondo, della capacità di circa 45 cc. e di peso presso a poco eguale. Nel tubo I si mettono 30 cc. di filtrato, corrispondenti a 15 cc. di siero e si aggiunge 1 cc. di soluzione di acido ossalico (3), corrispondente a 1 mgr. di acido ossalico. Nel tubo II si mettono 15 cc. di siero artificiale (5), 10 cc. di acido tricloroacetico, 1 cc. di soluzione di acido ossalico e 5 cc. di H_2O.

In ognuno dei due tubi si versano successivamente:

una goccia di rosso metile (5);

1 cc. di cloruro di calcio (6);

dell'ammoniaca goccia a goccia fino a decolorazione;

dell'acido acetico (8) goccia a goccia fino a colorazione rosa vinosa.

Si ottiene così un pH fra 4 e 5, optimum per la precipitazione dell'acido ossalico.

Si lascia riposare per 12 ore per ottenere la completa precipitazione dell'ossalato di calcio, poi si centrifugano i due tubi in una centrifuga elettrica a 3000 giri. Si decantano i liquidi e si lava il precipitato con 10 cc. di H_2O. Si centrifuga di nuovo e si decanta. Si scioglie il precipitato di ossalato di calcio versando in ogni provetta 5 cc. di acido solforico (9). Si prepara un tubo III contenente soltanto 5 cc. di acido solforico (9). Si versano nei tre tubi, a mezzo di microburetta, 5 cc. molto esattamente misurati di permanganato (11) e si lascia in contatto per almeno 15 minuti agitando di tanto in tanto. I liquidi devono rimanere colorati in rosa. Nel caso che il tubo I si decolori, si aggiungono in tutti e tre i tubi altri 5 cc. di permanganato e se ne tiene conto nel calcolo successivo.

In ognuno dei tre tubi si introducono 5 cc. (o 10 cc. nel caso in cui si siano versati 10 cc. di permanganato in ogni tubo) di soluzione di solfato di ferro ammoniacale (10). I liquidi si decolorano totalmente. Si lascia cadere in ogni tubo, goccia a goccia, del permanganato n/100 fino a leggera colorazione rosa.

Calcolo. — Il tubo I contiene l'acido ossalico del siero più un milligrammo di acido ossalico aggiunto; il tubo II contiene solamente il milligrammo di acido ossalico aggiunto; il tubo III infine non contiene acido ossalico: esso indica la quantità di permanganato necessaria per avere una leggera colorazione rosa nel miscuglio acido solforico, permanganato e solfato di ferro.

La differenza fra II e III dà la quantità di permanganato assorbita dall'acido ossalico aggiunto e che si ritrova alla titolazione e permette quindi di calcolare la perdita di acido ossalico per solubilità, permettendo anche di controllare il metodo, essendo questa perdita abbastanza costante. Loeper e Tonnet hanno visto che questa perdita, per 1 mgr. di acido ossalico, è di gr. 0,00011 ed è uguale qualunque sia la quantità di acido ossalico presente, quando sia costante il volume di solvente, mentre aumenta con l'aumentare del volume del solvente. È questo il motivo per il quale Loeper e Tonnet rinunciano ad ulteriori lavaggi del precipitato di ossalato di calcio.

La differenza fra I e II dà la quantità di permanganato assorbita dall'acido ossalico contenuto in 15 cc. di siero, fatta correzione della perdita per solubilità, essendo tale perdita uguale nei due tubi. Moltiplicando la quantità di permanganato assorbita per 0,00063, titolo della soluzione centinormale di permanganato (o per 0,00045 se si vuole ottenere il risultato in acido ossalico anidro) si ottiene la quantità di acido ossalico contenuta in 15 cc. di siero.

Esempio. — Si sia ottenuto: per I, cc. 4,50 di permanganato n/100, per II, cc. 2,80 e per III, cc. 1,40. La perdita di ac. ossalico per solubilità sarà di

$$2{,}80 - 1{,}40 = 1{,}40 \times 0{,}00063 = 0{,}000882$$

cioè una perdita di gr. 0,000118.

La quantità di acido ossalico in 15 cc. di siero sarà di

$$4{,}50 - 2{,}80 = 1{,}70 \times 0{,}00063 = 0{,}00106$$

cioè gr. 0,07 per litro.

Il metodo che ho or ora minutamente descritto presenta senza dubbio numerosi vantaggi. Innanzi tutto, malgrado a prima vista possa sembrare complicato, esso è abbastanza semplice e non richiede particolari attrezzature, ad eccezione di una buona centrifuga elettrica. La defecazione con acido tricloroacetico e acido cloridrico a caldo realizza una completa estrazione dell'acido ossalico dal siero, è evitato ogni errore dovuto a perdita per solubilità del precipitato di ossalato di calcio, è evitato l'errore dovuto a presenza di impurità organiche in quanto, operando a freddo, solo l'acido ossalico ha tempo di agire sul permanganato.

L'inconveniente più grave del metodo è costituito dal fatto che occorre una quantità di sangue troppo forte (almeno 50 cc.). Inconveniente gravissimo quando si vogliano eseguire ripetute determinazioni nello stesso soggetto. D'altra parte, usando quantità sensibilmente minori di sangue, i limiti di errore del

metodo si allargano di tanto da renderlo fortemente impreciso, specie per ricerche fini. Infatti cmc. 0,05 di permanganato n/100 corrispondono a mgr. 0.0315 di acido ossalico. Ora, in 15 cc. di siero a contenuto normale di acido ossalico (intorno a mgr. 10‰) ne sono contenuti mgr. 0.15, dunque la differenza di una goccia di permanganato porta ad un errore del 20 %; con una quantità di siero molto minore i limiti di errore sarebbero così vasti da rendere molto imprecisa la determinazione, anche adoperando una soluzione n/200 di permanganato. (Nelle determinazioni da me eseguite con il metodo di Loeper e Tonnet ho ritenuto più conveniente, per la precisione dei risultati, adoperare una soluzione n/200 di permanganato di potassio).

Appare pertanto necessaria una tecnica diversa che abbia un limite di errore più basso, in modo da permettere la determinazione in più piccole quantità di siero. Descriverò la tecnica escogitata da v. Slycke e Sendroy per la determinazione gasometrica dell'acido ossalico, tecnica con la quale l'errore di titolazione è molto minore.

Metodo di v. Slycke e Sendroy. Un volume di siero viene diluito con 3 volumi di H_2O e mescolato con un volume di acido tricloroacetico al 20 %. Dopo 1/2 ora si centrifuga e si filtra attraverso carta priva di cenere. 5-10 cc. di filtrato vengono versati in un recipiente da centrifuga pulitissimo, si aggiunge 1 cc. di acetato di sodio 20 %, 6-8 goccie di verdecresilbromo 0.016 % e 1 cc. di soluzione di cloruro di calcio al 10 %. Si agita e si aggiunge goccia a goccia dell'ammoniaca fino a che la colorazione dell'indicatore diventa uguale a quella di un miscuglio di fosfato di ph=5. Si centrifuga, si aspira il liquido chiaro e si lava due volte con acqua ammoniacale al 2 %. Il precipitato viene sciolto a caldo in 2 cc. di ac. solforico normale e la soluzione raffreddata viene portata nella camera dell'apparecchio di v. Slycke-Neill. Si lava la cannula superiore tre volte con in tutto 4 cmc. di H_2O, in modo che la camera contenga infine 6 cc. di liquido. Si fa il vuoto, si agita per un minuto e si allontana il gas che si sprigiona. Si lascia poi fluire 1 cc. di permanganato di potassio 0.15 r. Si fa il vuoto e si agita per 3′ durante i quali si ha l'ossidazione dell'acido ossalico. Si lascia montare il mercurio nella camera e si porta il volume a 2 cc., se furono usati 2 cc. di siero. Si legge la pressione (p 1), poi si porta il gas a leggera pressione negativa abbassando la pera e si lascia passare 1 cc. di Na OH 5n. Appena l'assorbimento dell'acido carbonico è compiuto si legge nuovamente la pressione (p 2); p 1-p 2 dà il valore della pressione corrispondente al CO_2 sviluppatosi dall'acido ossalico. Tale valore viene moltiplicato per un fattore che è espresso in una tabella.

Il metodo che ho descritto si differenzia, come si vede, dai metodi classici essenzialmente per il dosaggio dell'ossalato di calcio, dosaggio che è ottenuto gasometricamente, realizzandosi così una maggiore precisione che consente di eseguire il dosaggio su piccole quantità di siero. Ma in confronto di tale vantaggio, senza dubbio notevole, il metodo conserva tutte le cause di errore dei vecchi metodi e particolarmente l'errore legato alla modalità di defecazione e l'errore dovuto alla solubilità dell'ossalato di calcio.

Essendo desiderabile disporre di un metodo che, pur possedendo la precisione di dosaggio del metodo di v. Slycke e Sendroy, non ne abbia i difetti, ho pensato che si potessero utilizzare i pregi del metodo suddetto e quelli innegabili del metodo di Loeper e Tonnet, utilizzando parzialmente i principi dell'uno e dell'altro, utilizzando cioè del metodo di Loeper e Tonnet il sistema di defecazione e di precipitazione, e del metodo di v. Slyke e Sendroy il sistema di titolazione.

La tecnica che io propongo è in breve la seguente.

4 cmc. di siero vengono versati in un recipiente tarato da 20 cmc. Si aggiungono 4 cc. di acido tricloroacetico al 20 %, 8 cmc. di H2O e 10 gocce di HCl a 1/10 e si scalda per 5' in bagnomaria bollente. Dopo aver raffreddato si porta a marca con acqua distillata e si filtra per carta priva di cenere.

10 cc. del filtrato, corrispondenti a 2 cc. di siero, vengono versati in un tubo da centrifuga e addizionati con 1 cc. di soluzione di acido ossalico 1‰. Si prepara un secondo tubo contenente 2 cc. di siero artificiale secondo Loeper e Tonnet 2 cc. di acido tricloroacetico, 6 cc. di H2O e 1 cc. di acido ossalico 1 ‰. Si aggiunge nei due tubi una goccia di rosso metile 2 %, 1 cc. di cloruro di calcio al 10 % e poi si procede come nel metodo di Loeper e Tonnet fino alla seconda centrifugazione. Il precipitato di ossalato di calcio viene sciolto a caldo con 2 cc. di acido solforico normale e la soluzione raffreddata viene portata nella camera dell'apparecchio di v. Slycke-Neill. Il resto del procedimento segue secondo la tecnica di v. Slycke e Sendroy.

Ottenuti i valori di acido ossalico delle provette I e II la loro differenza darà il valore dell'acido ossalico del siero.

Il metodo è naturalmente più complesso di quello di Loeper e Tonnet, ma presenta il vantaggio di permettere il dosaggio in piccole quantità di siero con un limite di errore sufficientemente piccolo.

RIASSUNTO.

L'A. descrive i principali metodi proposti per il dosaggio dell'acido ossalico nel siero di sangue, mettendo in evidenza di ognuno i pre-

gi ed i difetti, e propone una modificazione dei metodi di Leoper e Tonnet e di v. Slycke e Sendroy che ne utilizza i vantaggi eliminandone i difetti.

BIBLIOGRAFIA.

DOURIS e BECK. C. R. Soc. Biol., 5, 1923.
GOUILLAUMIN. Bull. Soc. Chem. biol., 1 febbraio 1927; C. R. Soc. Biol., 10 febbraio 1927.
KHOURI. Bull. Soc. Chimie biol., 5, 1923; 9, 1927.
LAROCHE e GRIGAUT. C. R. Soc. Biol., 98, 1928.
LOEPER e BECHAMP Progrès Méd., 1911.
LOEPER e TONNET. Journ. Méd. Franç., 1924.
MOREL e SARVONAT. Bull. Soc. Chimie biol., 1912.
V. SLYCKE e SENDROY. J. of Biol. Chem., 84, 1929.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

L'anemia nella pratica medica generale.

(L. J. WITTS. *The British Medic. Journ.*, 24 giugno 1933).

Circa la metà dei malati creduti anemici hanno una conta degli elementi del sangue normale. Lo stato anemico è espresso meglio dalle mucose che dalla pelle.

La diagnosi di anemia si può accertare rapidamente col dosaggio dell'emoglobina, che si può fare al letto del malato col metodo di Tallqvist. I sintomi di anemia difficilmente compaiono se l'emoglobina non giunge al disotto del 75 %. Ogni volta che l'emoglobina giunge al disotto del 75 % si deve fare un esame completo del sangue.

Le anemie sintomatiche di altre malattie sono molto più frequenti delle anemie da alterazione degli organi emopoietici. Sono anemie sintomatiche quelle da emorragia, da infezione, da tossiemia, da tumore.

Witts divide le anemie primarie in 4 gruppi: 1) leucemie e m. di Hodgkin; 2) malattie epatolienali; 3) malattie emorragiche e 4) anemie anemopoietiche.

Soltanto di quest'ultimo gruppo si occupa dettagliatamente l'A. A questo gruppo appartengono le forme di anemia microcitica idiopatica e quelle di anemia perniciosa.

Le prime si possono avere nell'infanzia e nelle donne adulte.

Nella prima infanzia quest'anemia compare verso il terzo mese e raggiunge l'acme al nono mese, non è dovuta a deficienza vitaminica e guarisce col ferro solo. È più frequente quando l'allattamento è artificiale.

Mentre si pensava che la clorosi fosse definitivamente scomparsa, si vide l'anemia ipocromica comparire in donne sulla trentina, per cause che sono queste: perdite di ferro colla mestruazione e colla gravidanza, dieta povera di ferro, deficiente digestione del ferro per a- o ipocloridria.

Anche qui rimedio che dà risultati è il ferro a forti dosi per bocca, mentre nulla fa il fegato.

Invece nell'anemia perniciosa il fegato è il solo che dia risultati. Si deve somministrare finchè l'emoglobina raggiunga il 90 % e si deve ridare se torna al disotto. La somministrazione si fa abitualmente per bocca e deve durare per tutta la vita. Si dà il fegato per iniezione di estratto solo in casi gravi.

È bene ricordare che alcuni casi diagnosticati come sclerosi combinata del midollo sono casi di anemia perniciosa con sindrome midollare e possono guarire completamente o quasi colla cura del fegato. R. LUSENA.

Le modificazioni del sangue circolante in seguito alla trasfusione intraperitoneale.

(F. OOI. *Tohoku Jour. of exp. med.*, 27 gennaio 1933).

L'azione terapeutica della trasfusione sanguigna non si limita certamente alla sola partecipazione meccanica al circolo del ricevitore; sono ben note la stimolazione emopoietica, la più rapida coagulazione. Ma oltre a queste vi debbono essere anche delle altre modificazioni che avvengono a carico della massa circolante del ricevitore. Alcune di esse sono state studiate dall'A. mediante l'iniezione intraperitoneale di sangue omologo ai conigli in quantità di 10 cmc. per Kg. Il riassorbimento del sangue iniettato avvenendo in questo modo lentamente dà modo di studiare gli effetti di esso sul sangue circolante e le modificazioni degli eritrociti iniettati che passano attraverso il dotto toracico.

La resistenza degli eritrociti del ricevitore verso le soluzioni ipotoniche aumenta in genere dopo la trasfusione. Quella massima comincia ad ascendere fra le 48 e 72 ore: la minima presenta dapprima una cuspide negativa dovuta probabilmente alla presenza delle emazie iniettate; in secondo tempo riprende il decorso parallelo alla resistenza massima. L'ascesa che s'inizia non appena il sangue riassorbito comincia ad agire (cioè dopo 48-72 ore) è evidente anche al 10° giorno quando cioè l'emopoiesi è sempre più attiva.

Il tempo di coagulazione diminuisce notevolmente dopo la trasfusione intraperitoneale; esso raggiunge il minimo alla novantaseiesima ora (eguale ad un quinto del tempo precedente) per poi gradualmente ritornare alla norma al decimo giorno. Per la trasfusione intravenosa i termini rispettivi sono raggiunti dopo 24 e 96 ore. Va notato che gli stessi effetti sono provocabili anche con la metà della quantità impiegata di solito, il che dimostra che il fenomeno non è direttamente dipendente dalle sostanze coagulogene introdotte (fibrina, piastrine, calcio ecc.).

La velocità di sedimentazione degli eritrociti, le modificazioni del contenuto albuminoideo e la viscosità del siero sono certamente in istretta connessione. Infatti passate 8 ore dalla trasfusione il tempo di sedimentazione si prolunga; esso è più breve dopo 24 ore e raggiunge la normalità all'ottavo-decimo giorno. Anche le proteine seriche diminuiscono verso l'ottava ora; dopo di questa la frazione globulinica continua a diminuire, mentre quella albuminica comincia ad aumentare; il ritorno al normale avviene verso il decimo giorno. Pure la viscosità del siero tende a diminuire fino all'ottava ora per poi ripristinarsi entro uno-due giorni.

L'A. esclude che questi fenomeni possano essere dovuti ad una idremia relativa; accenna che la velocità di sedimentazione oltre ad essere in rapporto alla viscosità e contenuto globulinico, è anche funzione del numero delle emazie; non entra però nell'essenza del determinismo delle modificazioni descritte.

S. MINZ.

La trasfusione postnatale e la sua influenza sull'organismo del neonato.

(M. FLORIS. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 30 aprile 1933).

La trasfusione postnatale è l'afflusso al neonato del sangue di riserva, cioè di quel sangue che, con l'istituirsi della respirazione, defluisce dalla placenta attraverso la vena ombelicale; si realizza con l'allacciatura tardiva del funicolo ombelicale e si compie in un periodo di tempo che varia da 6 a 25 minuti.

La quantità del sangue che affluisce al neonato varia entro limiti molto ampi, che, secondo le ricerche dell'A., vanno da un minimo di 15 a un massimo di 198 gr., con una media di 88.6 gr.

Il meccanismo con cui si realizza la trasfusione postnatale è dato dall'aspirazione toracica del neonato e dalla contrazione uterina; l'afflusso al neonato del sangue di riserva cessa col cessare dell'azione aspiratoria del neonato e pressoria dell'utero; ma principalmente per la cessazione di afflusso di sangue alla placenta, a causa della cessazione della circolazione cardio-placentare, con la contrazione delle arterie ombelicali.

La trasfusione postnatale porta nei neonati nei quali si realizza ad una meno cospicua perdita di peso dopo la nascita, ad un ritorno più rapido al peso iniziale, ad un aumento dei globuli rossi e dell'emoglobina subito dopo avvenuta la trasfusione, ad una insorgenza più tardiva, ad una minore frequenza, intensità e durata dell'ittero fisiologico. Il detto comportamento nel calo fisiologico e nella ripresa del peso iniziale è da ascrivere ad una minore disidratazione del neonato, a causa del sangue trasfuso, che costituisce una riserva idrica e albuminoidea; l'aumento dei globuli rossi e dell'emoglobina è in rapporto logico con la trasfusione; la diminuzione dell'ittero non è spiegabile, ma sta contro l'affermazione, da molti AA. accettata e ripetuta, che l'ittero sia più frequente e più intenso nei neonati ai quali si permette detta trasfusione mediante la tardiva allacciatura del funicolo.

C. TOSCANO.

Malattia di Vaquez e diatesi braditrofica.

(SMELIANSKI. *Le Bull. Méd.*, 10 giugno 1933).

L'A. descrive un caso di malattia di Vaquez nel quale, oltre ai sintomi classici di questa affezione esistevano tutti i segni di un terreno artritico (dolori e crepitazioni al ginocchio sinistro e alle piccole articolazioni delle mani e dei piedi, dolori lombari e intercostali, ossaluria, crisi di asma fino all'età di 25 anni, antecedenti ereditari).

Alcuni di questi sintomi, come le algie agli arti, sono comuni anche alla malattia di Vaquez, ma in questa si tratta di dolori osteocopi, profondi e tenaci, che si esasperano con il riposo e si calmano con il camminare; caratteri questi ben diversi da quelli dei dolori osservati nel malato, leggeri, mobili, fugaci.

Nel corso dell'evoluzione dell'eritroemia si assiste talora a delle vere crisi di gotta articolare. Si tratta di stabilire se i disturbi del metabolismo delle sostanze proteiche che determinano in questi malati degli attacchi di gotta sono anteriori alla comparsa della policitemia e continuano la loro evoluzione malgrado la malattia oppure sono provocati dalla policitemia stessa. Certo una distruzione massiva di giovani cellule nucleate può produrre nel sangue un eccesso di acido urico, di cui l'economia cerca di liberarsi con una irruzione di questo corpo nel tessuto congiuntivo periarticolare. Ma nell'eritremia, quando si trovano globuli rossi nucleati, è in quantità così piccola che non si può seriamente attribuire una importanza effettiva a queste precipitazioni di acido urico. Per l'A. la diatesi urica è anteriore alla poliglobulia essenziale ed è la causa di questi attacchi di gotta e forse della poliglobulia stessa.

In base a questo concetto, l'A. prescrisse un trattamento antiartritico, escludendo ogni terapia chimica, biologica od opoterapica che poteva essere destinata al trattamento dell'eritremia.

Il risultato fu sorprendente. In due o tre giorni la diuresi si ristabilì, la diarrea, di cui l'infermo si lagnava, scomparve, i dolori articolari e le crepitazioni svanirono, i movimenti divennero liberi, le cefalee e le vertigini si dileguarono; d'altra parte si ebbe diminuzione della splenomegalia e dell'epatomegalia, miglioramento della formula sanguigna (diminuzione delle emazie da 8.450.000 a 7.000.000,

dei leucociti da 8.200 a 5.600, diminuzione dell'eosinofilia e dei mastleucociti, diminuzione del tasso emoglobinico da 142 % a 130 %). L'attività midollare era dunque attenuata, rallentata. Nè d'altra parte si può pensare ad una modificazione dovuta a diluizione del sangue per effetto della forte ingestione di acque minerali cui era stato sottoposto il malato, poichè la diuresi dimostrava una eliminazione urinaria superiore alla quantità di liquido assorbito nelle 24 ore. Del resto le variazioni della formula sanguigna non erano nè simili nè parallele nè proporzionali fra loro, ciò che è in disaccordo completo con una pura e semplice diluizione del sangue.

È dunque incontestabile che la cura diuretica, raddrizzando il metabolismo viziato del malato, ha nello stesso tempo influenzato la malattia.

Tutto il problema dell'etiologia della malattia di Vaquez viene così a chiarirsi. Poco noi sappiamo dell'etiologia di questa malattia. Si è invocata la tubercolosi primitiva della milza, la sifilide, la malaria, la deficienza ereditaria delle ghiandole a secrezione interna, le lesioni delle capsule surrenali, ecc. Ma tutte queste malattie non sono dimostrabili nella maggior parte degli eritroemici o, se si osservano, non sono che delle coincidenze ed il trattamento della pretesa causa non influisce sulla evoluzione della policitemia. In assenza di causa nota si è concluso che l'eritremia è dovuta a iperattività primitiva del midollo osseo supponendo, ben inteso, una causa ignota. Una sola cosa sembra certa: è la provocazione negli animali di stati poliglobulici veri per mezzo di iniezioni sperimentali di differenti tossine o veleni, a condizione che queste intossicazioni siano lente, ripetute e che le dosi siano deboli.

L'A. fa notare che fra queste multiple sostanze figurano l'adrenalina, l'ipofisi, la bile, i sali biliari e specialmente il taurocolato di sodio, il succo splenico, tutte sostanze presenti nei nostri umori. Ora, la diatesi artritica agisce precisamente a mezzo di una impregnazione lenta e ripetuta della nostra economia con tossine a deboli dosi.

L'A. pensa pertanto che la causa dell'eritremia sia nella diatesi braditrofica, all'ombra della quale si elaborano delle tossine o una tossina, di natura ignota, che provocano l'iperattività del midollo osseo. Così la causa della malattia diviene nota, ma solamente la natura dell'agente tossico rimane sconosciuta. Ed è quello che avviene in tutte le malattie dette della diatesi artritica.

Non si vuole con questo dire che l'intossicazione artritica sia la sola e unica causa della malattia di Vaquez. Essa è certamente la più frequente, ma altre intossicazioni e auto-intossicazioni possono avere importanza causale.

C. Toscano.

Malattia di Gaucher diagnosticata con la puntura splenica. Lesioni vertebrali estese, presenza di cellule di Gaucher nell'espettorato.

(Pr. Merklen, R. Weitz e J. Warter, *Annales de Méd.*, febbraio 1933).

Gli AA. descrivono un caso di malattia di Gaucher da loro osservato, che per diverse particolarità presenta un reale interesse.

Si trattava di un uomo di 51 anni, che dal 1930 soffriva di dolori lombari, irradiantisi alle cosce, dolori continui, violenti e permanenti. Nel maggio 1930 ebbe delle emottisi ripetute, poi delle epistassi, di cui però soffriva dalla infanzia. Nel luglio 1930 gli fu constatata una grossa milza ed una malattia del sangue e gli fu consigliato un trattamento radioterapico. Ospedalizzato, l'esame del sangue dimostrò lieve anemia con intensa leucopenia e linfocitosi relativa. La radioterapia splenica peggiorò le condizioni dell'infermo che venne all'osservazione degli AA. nel luglio 1932.

L'esame obiettivo dimostrava: condizioni generali molto scadute, considerevole splenomegalia, discreta epatomegalia e delle notevoli alterazioni vertebrali (gibbosità considerevole, arrotondata, con sporgenza mediana corrispondente a L_2, L_3, L_4), che si accompagnavano a segni nervosi discreti.

Radiograficamente, considerevole deformazione di L_2 e L_3; il bordo anteriore della colonna vertebrale non rappresenta più una curva continua, ma una linea a scalinata, in seguito allo spostamento in avanti delle quattro prime lombari; C_5 e C_6 meno alte delle altre vertebre, diminuzione di altezza di D_4 e D_9 che presentano dei prolungamenti a becco di pappagallo; la faccia superiore del corpo di D_8 presenta una depressione, una cupola conica; si trova così costituito un nodulo di Schmorl tipico; zone di decalcificazione delle due teste femorali con perdita delle trabeazioni; appiattimento della testa femorale S.; incurvamento a convessità superiore e appiattimento del collo, donde un certo grado di coxa vara; decalcificazione della metà superiore delle due diafisi femorali, con rarefazione delle travate ossee; la metà inferiore non è ipertrofizzata, per contro vi si notano delle zone di decalcificazione allungate; immagine cavitaria della grossezza di una noce nella regione juxta-epifisaria della tibia D.; zone di decalcificazione nelle tibie e nei peroni; lesioni analoghe negli arti inferiori. La radiografia degli arti mette in evidenza una calcificazione generale e pronunciata delle arterie.

L'esame del sangue dimostrava: forte grado di anemia, intensa leucopenia; abbassamento della colesterinemia e aumento dell'insaponificabile X.

Negative le ricerche per la sifilide e la tubercolosi.

La biopsia di un ganglio inguinale mise in evidenza lesioni banali. La puntura della milza rivelò la presenza di grosse cellule con tutti i caratteri delle cellule di Gaucher tipiche.

L'esame dell'espettorato (l'ammalato presentava espettorazione mucosa leggermente muco-purulenta permanente), negativo per ciò che riguarda il b. di Koch, dimostrava presenza di numerose cellule del tipo di quelle trovate nella milza.

La diagnosi di malattia di Gaucher, sospettata clinicamente, fu pertanto accertata dalla puntura della milza.

Il caso presenta alcune particolarità interessanti. Anzitutto il soggetto aveva 51 anni e la sua malattia rimontava all'età di 48 anni, fatto raro. Si può forse identificare nelle epistassi di cui il soggetto soffriva da giovane una predisposizione del tessuto reticolo-endoteliale.

L'espettorazione permanente per vari mesi di sputi mucosi, l'abbondanza e la costanza di cellule di Gaucher tipiche nell'espettorato, permettono agli AA. di parlare di una forma polmonare della malattia di Gaucher. Nella letteratura non è stata mai segnalata la presenza ed anche la semplice ricerca delle cellule di Gaucher nell'espettorato. Eppure la malattia di Gaucher può realizzare delle lesioni anatomiche e istologiche considerevoli a livello del parenchima polmonare. Da un punto di vista generale, è interessante di vedere la malattia di Gaucher, affezione del sistema reticolo-endoteliale, portare una conferma dell'importanza del mesenchima nella costituzione dell'alveolo polmonare. Le emottisi di cui l'infermo ebbe a soffrire possono essere interpretate in due modi: sia come emottisi di un polmone gaucheriano, sia come emottisi legate a un disturbo della crasi sanguigna.

Anche le lesioni ossee richiamano l'attenzione. Esse sono caratterizzate anzitutto dalla rarefazione ossea, che provoca la formazione di cavità nelle ossa lunghe, di schiacciamenti a livello delle vertebre che prendono un aspetto cuneiforme o si dislocano completamente Aspetti che richiamano sopratutto le alterazioni scheletriche delle leucemie, delle neoplasie e della sifilide. I disturbi subiettivi accusati dal malato, l'estensione considerevole delle lesioni ossee permettono di comprendere il caso fra le forme ossee della malattia di Gaucher, forme che sono state clinicamente studiate da L. Pick. In questa forma clinica l'affezione interessa più particolarmente il tessuto reticolo-endoteliale del midollo e determina così dei disturbi gravi. Carattere essenziale delle lesioni ossee è l'integrità assoluta del periostio e delle cartilagini. È interessante notare che i disturbi ossei appaiono spesso dopo la splenectomia o almeno sono esagerati dall'intervento, il che diminuisce certamente il valore della splenectomia nel trattamento della malattia di Gaucher.

Dopo aver messo in evidenza la fissità della cifra leucocitaria, l'abbassamento della colesterina e l'aumento dell'insaponificabile X, gli AA. richiamano l'attenzione sulla calcificazione generale delle arterie, fatto interessante dati i rapporti intimi che uniscono i depositi di calcio nelle arterie e i disturbi del metabolismo dei lipoidi.

Gli AA. notano infine che, mentre la radioterapia splenica aveva avuto sul malato effetti disastrosi, l'epatoterapia diede risultati eccellenti (aumento delle emazie da 2.100.000 a 4.750.000). C. TOSCANO.

TIROIDE.

Che valgono i raggi X nel trattamento dei basedowiani?

(J. BELOT e L. DELHERM. *Presse Méd.*, 14 giugno 1933).

Le opinioni sul valore della roentgenterapia nella cura del morbo di Basedow sono estremamente disparate tanto da mettere in imbarazzo il medico. Gli AA. da 30 anni trattano i gozzi esoftalmici con i raggi X e riportano i risultati della loro ampia esperienza sull'argomento.

I sintomi subiettivi si modificano per primi. L'appetito ritorna mentre si attenuano i disturbi digestivi e particolarmente la diarrea; il soggetto riprende il suo peso e le sue forze. La tachicardia si attenua successivamente e la sua diminuzione, dapprima lenta, è uno dei migliori indici del miglioramento reale. Il metabolismo è allora diminuito e tende poco a poco ad avvicinarsi alla norma. Qualche volta il gozzo diminuisce rapidamente, più spesso la diminuzione è lenta e progressiva.

L'esoftalmo si attenua o scompare per ultimo e le sue modificazioni sono molto variabili da un soggetto all'altro.

La guarigione può essere totale, ma spesso persiste un po' di tachicardia, il metabolismo resta al di sopra della norma. Questi casi devono essere sorvegliati per uno o due anni o più.

Accanto ai grandi miglioramenti si hanno dei casi in cui il miglioramento è piccolo ed esistono indiscutibilmente degli insuccessi. Più l'affezione è grave più il risultato è remoto e difficile da ottenere. Ma la gravità non basta a spiegare la differenza di sensibilità che esiste fra casi clinicamente analoghi.

Nelle statistiche dei radiologi esiste un disaccordo apparente che, a prima vista, sembra inesplicabile e che è dovuta alla diversa nomenclatura usata dagli specialisti tanto per la classificazione dei casi come per l'apprezzamento della guarigione o del miglioramento. Gli AA. portano una statistica di guarigioni e di grandi miglioramenti dell'80 %.

Le recidive non sono frequenti e per prevenirle occorre la sorveglianza medica dei malati clinicamente guariti. Spesso recidivano quei casi in cui il trattamento è stato interrotto prima che sia intervenuto il miglioramento massimo o la guarigione totale.

Quanto al meccanismo della radioterapia, è noto che il corpo tiroide allo stato normale è poco sensibile all'azione dei raggi X, mentre esso è tanto più sensibile quanto più si trova in istato di iperattività secretoria.

Delle gravi critiche sono state rivolte alla radioterapia. Si è detto che essa è inefficace, ma le statistiche dimostrano che ciò è falso. Si è detto che essa non è perfettamente dosabile e che si può oltrepassare la dose utile e provocare il mixedema e la tetania. Ma la tecnica moderna permette di controllare, con l'esame clinico e la ricerca del metabolismo basale, la dose somministrata e di giudicare quando il trattamento debba essere sospeso e quando ripreso.

Secondo altri le irradiazioni possono determinare, nel corso del trattamento, delle *poussées* di ipertiroidismo, anche mortali. Ma è noto che uno dei caratteri del m. di Basedow è di presentare delle crisi di ipertiroidismo, talora molto gravi, all'infuori di ogni trattamento con i raggi X. D'altra parte non è impossibile che un trattamento brutàle, intempestivo possa provocare la liberazione di tossine cellulari e aggravare lo stato di malati.

La critica in apparenza più giustificata che si può fare alla radioterapia si riferisce alla sua lentezza, dato che la durata del trattamento non è inferiore a parecchi mesi. Nei casi acuti, quando la gravità dei sintomi reclama una rapida scomparsa dei disturbi tossici, l'inconveniente sembra serio e l'intervento più indicato, ma non bisogna dimenticare che precisamente nei casi gravi è indispensabile preparare il malato all'intervento con parecchie settimane di riposo con trattamento di jodio e bisogna sorvegliare i malati per molti mesi dopo l'intervento. D'altra parte, nei casi a lento decorso, una terapia prolungata non può costituire un inconveniente. Senza dire che la radioterapia ha il vantaggio di non esigere un mutamento nelle condizioni di esistenza del malato e di non presentare alcun danno, poichè la mortalità è nulla.

Si accusa ancora la radioterapia di determinare delle lesioni cutanee che, a parte l'estetica, complicano l'intervento, se esso deve essere in seguito praticato. Ma la radiodermite è dovuta ad errori di tecnica ed è evitabile. Al più si ha, durante il trattamento prolungato, una leggera pigmentazione temporanea.

Si accusa inoltre il metodo di provocare una vascolarizzazione anormale e delle aderenze che, rilegando il corpo tiroide agli organi vicini, complicherebbero l'intervento.

All'infuori delle telengiectasie che succedono ordinariamente alla radiodermite e che si devono evitare, la radioterapia non provoca ipervascolarizazzione, anche a dose elevata. L'aumento di calibro delle arterie tiroidee è uno dei caratteri della malattia. Quanto alle aderenze, non è dimostrato che esse siano dovute alla radioterapia, poichè si riscontrano anche in malati che non erano stati sottoposti all'azione dei raggi X. D'altra parte i raggi X hanno un'azione fibrolisante netta.

Certo la fisioterapia non è esente da critiche, ma non lo è nemmeno la chirurgia (insuccessi, cicatrici cheloidi, mortalità non indifferente). Resta alla radioterapia il vantaggio di lasciare al malato la possibilità di continuare la sua vita normale durante il trattamento, di conservare l'integrità della sua pelle e dei suoi organi e di non esporlo mai alla morte.

C. Toscano.

Metabolismo basale e iodio.

(Delcourt-Bernard. *Le Scalpel*, 1 luglio 1933)

La ghiandola tiroide ha sulla regolazione degli scambi respiratori una importanza di prim'ordine. È così che nell'ipertiroidismo il metabolismo basale è aumentato.

Alla base della fisiologia tiroidea è lo jodio, che interviene direttamente sulla elaborazione dell'ormone tiroideo, la tiroxina, mentre esiste nella ghiandola una combinazione iodata, la tirosina. È conseguentemente certo, *a priori*, che lo iodio debba avere sugli scambi respiratori una influenza almeno indiretta. Ed è quello che i lavori degli ultimi dieci anni hanno dimostrato con grande evidenza.

Tutti oggi sanno che, sotto l'influenza dello iodio, gli scambi respiratori aumentati della malattia di Basedow si abbassano progressivamente, talora rapidamente, ad un tasso che può essere normale. È noto anche che l'esclusione degli adenomi tossici dal trattamento iodico non ha ragion d'essere, perchè l'azione dello iodio sulla malattia di Basedow e sull'adenoma tossico è uguale.

Tuttavia è manifesto che lo iodio non esercita sempre sul metabolismo gassoso la stessa azione calmante. In alcuni casi di gozzi benigni, la terapia iodica esageratamente prolungata può creare un vero Basedow. L'A. lo ha constatato in un caso personale. Lo iodio può dunque avere in certi casi un'azione eccitante.

Non sarà una quistione di dose? A prima vista si potrebbe credere di sì, ma la dose di iodio non è per sè sola il fattore che condiziona l'azione dualistica sugli scambi. Noi ne abbiamo la prova nell'importanza che può acquistare in molti casi il modo come la stessa dose di iodio viene ripartita. Il fatto di somministrare 10 gocce di Lugol in 10 volte invece che in 2 volte, per esempio, può determinare un

abbassamento delle combustioni che fino allora non si era prodotto. L'A. ha dimostrato che certi soggetti manifestano una sensibilità maggiore alla ripartizione dello iodio in tale o tal'altra forma. Bisogna dunque andare per tentativi, sotto il controllo incessante di una tecnica di metabolismo minuziosamente controllata.

Non è dunque unicamente una quistione di dose, perchè in certi casi 10 volte 1 goccia si rivelano più attive di 2 volte 5 gocce. A che è dovuto ciò? Non si sa. L'azione dello iodio resta paradossale, perchè, qualunque sia la spiegazione che si tenti di darne, resta sempre il fatto di una sostanza che entra nella composizione dell'ormone tiroideo e che, nei casi in cui questo ormone esiste (o sembra esistere) in eccesso, può o contribuire a fabbricarne ancora o al contrario calmare un funzionamento ghiandolare eccessivo.

È per questo motivo che l'A. ha proseguito lo studio sistematico di questo problema. L'A. si è domandato: quando si somministra dello iodio ad un malato, che ne è dello iodio? quale azione può determinare immediatamente?

La tecnica sperimentale scelta dall'A. è molto semplice: soggetto a riposo, nelle condizioni dette basali; determinazioni degli scambi respiratori ripetute ogni 20' circa durante 2 o 3 ore. È il tipo di esperienza di controllo. In altre sedute: determinazione preliminare degli scambi, poi somministrazione di acqua tiepida, senza iodio, poi nuova determinazione degli scambi ogni 20'. È un altro tipo di esperienza di controllo. Infine l'esperimento propriamente detto: la stessa prova ma incorporando una certa quantità di iodio, sotto l'una o l'altra forma, all'acqua ingerita dal soggetto.

L'A. ha così potuto constatare che lo iodio possiede un'azione immediata manifesta in più del 75 % dei casi. Ma il tasso iniziale del metabolismo ha importanza nella sorte ulteriore della reazione. Se il metabolismo iniziale è a un livello normale, la reazione dello iodio può svilupparsi nei due sensi, più spesso però nel senso dell'aumento; se il metabolismo è inizialmente abbassato, si constata un aumento delle combustioni dopo somministrazione di iodio; se il metabolismo è elevato, si ottiene invece un abbassamento degli scambi respiratori.

Importante è il fatto che la reazione nei due sensi è stata riscontrata solo quando il tasso iniziale degli scambi è normale. Questa selettività del fenomeno è la prova che l'azione immediata dello iodio sugli scambi gassosi non è una reazione banale.

L'A. ha saggiato l'azione di altre sostanze e solo dal fluoruro di sodio ha ottenuto qualche risultato moderatamente positivo, ma irregolare. Bisogna a questo riguardo ricordare che il fluoruro, indipendentemente dalla sua azione irritante, ha anche un'azione tireotropa.

C. TOSCANO.

DIVAGAZIONI

Gli inadatti urbani ed i cambiamenti climatici.

È noto che G. Mouriquand ha richiamato l'attenzione sopra una categoria di bambini (ed anche di adulti) che presentano durante il soggiorno in città dei disturbi di vario genere che scompaiono più o meno rapidamente al mare od in montagna. I disturbi più frequenti di quelli che hanno il « piccolo inadattamento » sono essenzialmente costituiti dall'intolleranza alimentare, specialmente per le uova, i grassi, la cioccolata, ecc. Parecchi non hanno appetito o lo hanno « capriccioso », altri, pure mangiando bene non guadagnano di peso; alcuni hanno facilità al vomito, altri delle crisi dolorose addominali, o diarroiche, o sono costipati.

In alcuni, si hanno fenomeni di epatismo, che vanno anche ai vomiti acetonici o presentano glicosuria intermittente, albuminuria; molti sono agitati, nervosi, insopportabili, insonni od astenici.

Lo stesso A. ritorna ora (*Bull. Acad. Méd.*, 30 maggio 1933) sull'argomento osservando che il cambiamento che si osserva cambiando clima agisce diversamente secondo i tipi.

Alcuni migliorano in qualsiasi soggiorno, al monte od al mare. Altri soltanto all'uno od all'altro e magari ad un mare piuttosto che all'altro. Tali reazioni sono imprevedibili e bisogna agire per tentativi.

Il cambiamento può manifestarsi rapidamente, dall'oggi al domani ed il bambino che non digeriva nulla non ha più disturbi. In alcuni, i disturbi « urbani » continuano per 8-15 giorni, poi diminuiscono e scompaiono. Se dopo tre settimane non si nota miglioramento, bisogna cambiare località e tipo di soggiorno.

Nella maggior parte, il miglioramento continua e si prolunga anche per 2-3 mesi; in altri, invece, si ha un periodo di ristagno, in cui l'acclimatazione fa perdere i primitivi effetti. Talvolta, la causa va ricercata nell'alimentazione che si ha all'albergo e che può essere responsabile di nuovi disturbi. In qualche altro caso, si tratta di bambini i quali, pure mangiando abbondantemente e prendendo colorito, non crescono, od anche, perdono di peso; probabilmente per gli esercizi muscolari troppo continuati e violenti a cui si danno. In tali casi, si terrà il bambino un po' tardi a letto al mattino e lo si farà riposare un'ora dopo il pasto di mezzodì. Ad ogni modo, un po' di esercizio muscolare è giovevole.

Al ritorno in città, alcuni conservano il beneficio per qualche tempo, altri per poche settimane o giorni. In qualche caso accade che il bambino non migliori durante il soggiorno extra-urbano e guadagna invece appetito e peso al ritorno in città (azione ritardata).

In qualche caso, si può avere l'adattamento in città modificando opportunamente il regime alimentare, specialmente con la soppressione di cibi (uova, cioccolata, creme) nocivi al fegato; altri, come si è detto, risentono soltanto l'azione favorevole del cambiamento di clima, in altri infine questo è inefficace, ma il miglioramento si ha soltanto con una cura idropinica del tipo di Vichy.

Qualcuno sembra « inadatto urbano » perchè è male alloggiato e mal nutrito; basta migliorare queste due condizioni per vedere subito un cambiamento in meglio del bambino. Per alcuni, basta il recarsi alla periferia della città per risentire il beneficio, che per altri non si ha se non si allontanano di almeno 100 chilometri.

Lo studio di questi « inadatti urbani » sensibili a questi cambiamenti va proseguito. Oltre al problema climatico, tale questione presenta interesse per i problemi clinici e biologici che sono stati posati da studî dello stesso A. sulle sindromi di inassimilazione nel bambino. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Thérapeutique médicale. Vol. VI. Vol. in-16° di 312 pag., con 31 fig. Masson e C., Paris, 1933. Prezzo Fr. 45.

Il presente volume continua la serie della Terapia medica che si viene pubblicando sotto la direzione di M. Loeper. A questi, spirito eminentemente pratico, dobbiamo in questo libro la parte che tratta delle grandi medicazioni cardiache (L'asistolia e la digitale, l'insufficienza ventricolare e l'uabaina, medicazione generale dei cardiaci, ecc., con un'appendice di A. Lemaire sul trattamento della sincope).

Vi fanno seguito altre 3 parti, di cui i capitoli sono dovuti a varî autori. L'una riguarda i regimi e la dietetica del cardiaco (Regime e nutrizione del cuore, zucchero ed insulina; Igiene fisica del cardiaco). La seconda considera il trattamento dei disturbi del ritmo (tachicardie, bradicardie, chinina e chinidina nell'aritmia completa, le palpitazioni e le extrasistoli).

Da ultimo, le malattie del sangue (anemie, epatoterapia, trasfusione sanguigna ed emoterapia, medicazione leucolitica ed emostatica).

Al pari dei precedenti volumi, il libro è consigliabile per la sua praticità. *fil.*

J. LA BARRE. *Diabète et insulinémie*. Vol. in-8° di 284 pag., con 45 fig. Masson e C., Paris, 1933. Prezzo Fr. 40.

È un'esposizione critica delle conoscenze attuali sulle variazioni fisiologiche e patologiche dell'insulinemia. Vi si trovano le nozioni sperimentali che fanno dello studio delle variazioni della secrezione insulinica la base della terapia del diabete.

Il libro è basato sui risultati dei lavori di laboratorio, fra cui molti personali dello stesso A. e sui dati della clinica, con una documentazione molto ampia. L'A. ha ottenuto dagli estratti duodenali un nuovo prodotto, « l'incretina », che ha notevoli proprietà ipoglicemizzanti e che potrebbe essere forse utilmente applicata nell'uomo.

Lo studio del meccanismo fisiologico regolatore della insulinemia permette di conoscere meglio l'eziologia e la patologia del diabete. L'A. considera quindi i rapporti fra gli stati diabetici e le modificazioni dell'insulinemia e fornisce dei suggerimenti sulla diagnosi e sul trattamento delle sindromi ipoglicemiche.

Una parte importante dal punto di vista pratico è quella riguardante l'uso dell'insulina, che è stato fatto sul principio un po' alla cieca e che, basandosi ora su fatti assodati sperimentali e clinici, è diventato più razionale e più sicuro. *fil.*

F. GRÜNBAUM. *Die soziale Bedeutung und Beurteilung der Kreislauferkrankungen*. Vol. in-8° di 120 pag., con 20 fig. Georg Thieme, Leipzig, 1933. Prezzo RM. 4,50.

Le malattie dell'apparato circolatorio sono venute gradatamente assumendo notevole importanza sociale, particolarmente col regredire delle malattie infettive in genere e della tubercolosi in ispecie. Il fenomeno è stato dapprima rilevato agli Stati Uniti, ma si è visto che è generale. Malattie prevalentemente dell'età matura, per cui la mortalità segna un balzo dai 40 anni in su, che colpiscono l'individuo ancora in pieno vigore di vita e rappresentano pertanto una preoccupazione sociale.

L'argomento merita di essere studiato a fondo ed è questo che l'A. fa con questa pregevole monografia, in cui esamina dapprima il significato sociale del fenomeno e le sue cause passando poi ai metodi di esame ed alle prove di funzionalità cardiaca, particolarmente dirette al giudizio sulla capacità lavorativa nelle varie affezioni dell'apparato circolatorio (vizi valvolari, aritmie, neurosi, ipertensione, ecc.), nonchè il rapporto fra trauma e lesioni cardiache.

Si occupa da ultimo della cura, nella pratica privata e negli istituti e delle provvidenze sociali per questo gruppo di malati, ivi compreso il problema assicurativo.

La presente monografia, bene aggiornata e documentata, che considera il problema non già dal lato clinico ma essenzialmente da quello sociale, va seriamente letta e meditata da chiunque si occupi di cardiologia e di problemi sociali. *fil.*

G. TEGONI e B. WILLIAMS AURELI. *Indice bibliografico della malaria*, VI, 193. Un vol. in-16° di p. 122. Roma, 1933.

Da sei anni la Stazione sperimentale per la lotta antimalarica, viene pubblicando questo indice in cui sono raccolti i titoli di tutti i lavori comparsi anno per anno sulla malaria.

Una caratteristica che manca ad altre pubblicazioni bibliografiche è questa: oltre alle indicazioni dei lavori originali, sono menzionate le principali recensioni comparse fino alla pubblicazione dell'indice. Così gli studiosi che non possono procurarsi i lavori originali (spesso difficili a rintracciare), sanno dove trovarne le recensioni; eventualmente possono anche valersi di più recensioni, le quali spesso si integrano. La pubblicazione dell'indice presuppone un'organizzazione complessa.

Inevitabilmente però la pubblicazione risulta sempre alquanto in ritardo rispetto all'annata cui si riferiscono i lavori catalogati, e ciò perchè la raccolta delle indicazioni e la classificazione di esse richiedono tempo.

Va segnalata la grande cura con cui l'indice è redatto — anche dal lato linguistico e tipografico. Riesce assai difficile trovarvi qualche errore, mentre è noto come le pubblicazioni bibliografiche ne siano spesso dense. Il fatto si spiega, data la competenza dei due autori, di cui il Tegoni è notoriamente redattore-capo della « Bibliografia Medica Italiana » al Consiglio Nazionale delle ricerche e vero studioso.

I lavori del genere costituiscono un mezzo di studio molto utile; perciò l'indice della malaria è giustamente apprezzato dagli studiosi specializzati ed ha acquistato una reputazione mondiale. Anche sotto questo riguardo la Stazione diretta dal Missiroli si è resa benemerita degli studi sulla malaria.

La pubblicazione è curata, con la distinzione consueta, dalla « Rivista di Malariologia », quale supplemento al periodico. A. P.

Bollettino della Associazione medica Triestina. Ann. XXII-XXIII. Vol. In-8° di pag. 442.

L'Associazione medica Triestina ha antiche tradizioni di elevatezza e serietà di coltura che rendono le sue sedute di alto interesse scientifico e pratico. In questo ben nutrito volume, sono contenuti i resoconti per gli anni 1930-31 e 1931-32, che riguardano presentazione di casi interessanti, conferenze su argomenti di attualità, ecc.; un insieme che per lo studio di singole questioni riesce di utile consultazione.

Parecchi dei lavori presentati alle sedute sono stati pubblicati in riviste italiane ed estere e non sono riprodotti nel volume, il che, se dimostra da un lato che tali lavori sono molto apprezzati, toglie, dall'altro, un po' d'interesse alla pubblicazione degli Atti delle sedute. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pisa

Seduta del 15 maggio 1933.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Dott. R. ARRIGONI. — *Artrite di natura anafilattica (ricerche sperimentali).*

Dott. P. BUCALOSSI. — *Sopra due rari tumori della coscia.*

Dott. D. GIANNINI. — *Contributo clinico allo studio dell'idiozia amaurotica familiare e forme degenerative affini.*

Di un caso di leishmaniosi autoctono dell'isola d'Elba.

Prof. M. RASPI. — L'O. traccia brevemente le note cliniche del caso, tra cui il contrasto tra la relativa lunghezza del decorso e la conservazione di un buono stato generale, la coesistenza di una insufficienza relativa della mitrale che poteva far fuorviare la diagnosi. L'esame del sangue periferico dopo splenocontrazione come lo studio di strisci di midollo non ha dato risultati probativi, mentre l'esame degli strisci di succo splenico ha agevolmente rivelato la diagnosi.

Discute sulla importanza epidemiologica del caso che conferma la diffusione della malattia e la necessità di richiamarvi l'attenzione dei colleghi perchè siano scoperti i casi iniziali più sensibili al trattamento stibiato. Il contagio deve essere avvenuto attraverso un portatore sano o infetto.

Benchè la leishmaniosi canina sia un reperto piuttosto comune (17 %) lo studio istologico degli organi di un cane randagio da lungo convivente col bambino non ha rivelato esistenza di leishmaniosi che confermasse da quella via la possibilità del contagio.

Un caso di encefalite durante il decorso di una varicella.

Dott. G. GUASPARI. — L'O. descrive un caso di encefalite insorta durante la varicella in una bambina di sei anni, caratterizzata da fenomeni di ipercinesi, movimenti coreo-atetosici ed afasia, passata a guarigione nello spazio di due mesi.

L'O. fa rilevare come, in vicinanza di tempo e di luogo, si poterono notare altri due casi di encefalite pure a benigno decorso in due bambini.

L'O. conclude affermando la necessità di tener presente l'esistenza di virus che possono dar luogo a manifestazioni nervose indipendentemente o in coincidenza di malattie infettive, e, quando ciò si possa escludere per circostanze di tempo e di luogo, ammettendo il nesso tra la malattia infettiva, in questo caso la varicella, e le complicanze nervose, caratterizzate per altro da una particolare mitezza di evoluzione.

Seduta del 23 maggio 1933.

Di una speciale manovra mediante la quale è stato possibile provocare il riflesso rotuleo abolito in un caso di grave paralisi postdifterica.

Dott. V. SAGGESE. — L'O. riferisce di un caso di grave paralisi post-difterica nel quale fu possibile provocare il riflesso rotuleo, che altrimenti con la più accurata e paziente ricerca non era possibile mettere in evidenza, mediante una contemporanea manovra di compressione ai lati del collo, in direzione dei fasci nerveo-vascolari. Col

guarire delle paralisi, fu possibile assistere alla riapparizione, sebbene debolissima, del riflesso della rotula senza la contemporanea manovra di compressione. Astenendosi da qualsiasi deduzione d'ordine clinico, l'O. crede che la spiegazione fisiopatologica del fenomeno osservato consista in un'interferenza del riflesso della manovra compressiva sul riflesso rotuleo, per quanto riguarda l'inibizione centrale e una sovrapposizione di stimoli spinali.

Strozzamento interno di ansa dell'ileo simulante appendicite acuta in donna appendicitica cronica. Sull'utilità dell'intervento precoce nell'appendicite acuta.

Prof. F. NIOSI. — Donna 47enne con anamnesi appendicitica colta da vomito e da dolori alla regione ileo-cecale. Diagnosi: appendicite acuta. Dopo circa sei ore dall'inizio dei disturbi, laparatomia. Discreta quantità di liquido molto sanguinolento nella cavità peritoneale. Ansa dell'ileo nera con solco anemico agli estremi senza trombosi dei vasi mesenterici, la quale o si era detorta nell'eviscerazione o apparteneva ad un'ernia inguinale interparietale strozzata ridottasi durante la narcosi. Vitalità dell'ansa molto dubbia: resezione ed anastomosi termino-terminale con suture. Esiste pure appendicite cronica con briglie flogistiche alla base e gomitatura della appendice; appendicectomia. Guarigione per prima.

L'O. si sofferma sui vantaggi dell'operazione precoce nell'appendicite acuta (nelle prime 24-36 ore) rilevando, come dimostra il caso riferito, che tanto più utile è l'intervento quando si scambia per appendicite acuta un'affezione addominale più grave come uno strozzamento interno intestinale, una perforazione di ulcera duodenale o gastrica, una gravidanza extrauterina rottasi nel peritoneo. *Il Segretario.*

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta del 10 luglio 1933.

Presidenza: Prof. G. SABATINI, presidente.

Prof. G. FALCHI. — *Ricerche sulle reciproche influenze tra germi e miceti causa di dermatosi.*

Prof. P. DELITALA. — *Sul preteso rapporto tra cisti di echinococco e neoplasia.*

Sono dannose o pericolose, oppure sono da raccomandarsi le irrigazioni nelle otiti medie purulente?

Prof. E. SALARIS. — L'O. controbatte le ragioni addotte contro le irrigazioni nelle otiti medie purulente, e ritiene invece che esse siano utili e da raccomandarsi, tanto nelle forme acute, che in quelle croniche, sia per la maggiore rapidità che per la maggior sicurezza con la quale si può allontanare il pus dal condotto uditivo, e eventualmente dalla cassa timpanica. Ritiene insufficiente la vera *medicatura secca;* irrazionale la *cosidetta medicatura secca.*

L'O. ha controllato le ricerche di Caliceti, ricorrendo alla conta delle Colonie, anzichè alla numerazione dei germi. Egli ha potuto constatare che effetivamente, tranne qualche rara eccezione, il numero delle colonie che si sviluppano dal materiale raccolto dopo irrigazione è molto minore del numero di quelle che si sviluppano dopo pulizia a secco.

Prof. P. DELITALA e M. TAMPONI. — *Micosi sperimentale del pancreas.*

Dott. V. MANCA PASTORINO. — *Considerazioni sopra un caso di dermatosi vegetante dei genitali d'una donna.*

Rilievi clinici ed isto-patologici del cosidetto morbo di Buerger.

Prof. P. DELITALA. — L'O. dopo avere ricordato il quadro della malattia quale è stato inquadrato dal Buerger, illustra un caso che per la sintomatologia e per il decorso della malattia è stato diagnosticato per morbo di Buerger o tromboangioite obliterante.

Lo studio completo del caso dal lato clinico ed anatomo-patologico permette di mettere in rilievo all'A. che la sintomatologia ed il decorso della malattia quale è stata prospettata dal Buerger non fanno parte del periodo iniziale di essa bensì del cosidetto « periodo di organizzazione » mentre il periodo delle prime alterazioni passa inosservato.

Lo studio istologico sistematico permette inoltre di affermare che anche i quadri istologici denunciati dal Buerger appartengono al periodo finale della malattia, mentre le prime lesioni consistono in proliferazioni progressive circoscritte dell'endo-arteria e dell'endo-vena che provocano, in un secondo tempo, trombosi, e provocano tutta la sintomatologia denunziata dall'A. americano.

L'O. crede necessario una revisione completa della cosidetta malattia di Buerger poichè dai rilievi fatti non dovrebbe essere considerata come malattia a sè, ma come sindrome da far rientrare nel capitolo delle endo-arteriti e delle endoflebiti produttive.

Dott. G. DORE. — *Sul potere di assorbimento della mucosa dell'orecchio medio.*

Dott. A. PERGOLA. — *Sull'organizzazione della lotta contro il tracoma in prov. di Sassari.*

Dott. V. MANCA PASTORINO. — *Influenza del cloruro di sodio e potassio sulla tubercolosi sperimentale del coniglio.*

Ricerche preliminari circa l'influenza dei raggi Roentgen sulle reazioni cellulari della meningite tubercolare sperimentale.

Dott. ETTORE CARBONI. — Per provocare la meningite tubercolare sperimentale l'O., ripetendo le ricerche di A. Costa (1930), ha iniettato nel rachide di conigli (tratto dorso-lombare) emulsioni di bacilli tubercolari di tipo bovino. In caso positivo si determina in tal modo dopo circa 14 giorni la paralisi del treno posteriore e si forma istologicamente una vivacissima reazione monocitoide perivascolare e diffusa nelle molli meningi spinali. La irradiazione con raggi Roentgen è stata praticata, in queste ricerche preliminari, a dosi frazionate in tre volte, a giorni alterni, dose: KV 80 — mA 2 — Filtro 1/2 Cu + 3 Al — Dist. 0,30 — campo 5×5 reg. dorsale — m' 10 1/3 HED. Le ricerche sono in corso. Sopra un coniglio che dopo 14 giorni dalla iniezione di bacilli ha avuto paralisi del treno posteriore e che ha quindi subito la irradiazione a dosi frazionate ed è morto spontaneamente 7 giorni dopo l'ultima irradiazione, l'esame istologico non ha dimostrato notevoli modificazioni, riferibili alla irradiazione, a carico delle vivaci reazioni cellulari proliferative ed essudative visibili nelle molli meningi spinali. I risultati delle restanti esperienze, che sono ancora in corso, potranno dire se questo reperto ha o no un valore generale.

Il Segretario: A. MANAI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le cause di ematuria nel bambino.

A. Pivani (*La pediatria del medico pratico*, gennaio 1933) così le enumera:

1) *Nel neonato.* Traumi (operazioni ostetriche, respirazione artificiale); malattie del sangue (sepsi, morbo di Winkel); alterazioni dell'apparato circolatorio (anomalie morfologiche, fenomeni di stasi, processi embolici e trombosi delle vene renali).

2) *Nel lattante.* Diatesi emorragiche (morbo di Werlhof e m. di Barlow, emofilia, leucemia acuta); calcolosi renale, non rara e spesso misconosciuta, o vescicale rivelantesi con pollachiuria, stranguria, arresto del getto di minzione); neoplasmi, in cui però l'ematuria è un sintoma incostante.

3) *Nei grandicelli.* Alterazioni circolatorie (stasi renale); processi flogistici delle vie urinarie (rara nella cistite e pieloflebite); tubercolosi renale, di cui rappresenta spesso il primo sintoma; sifilide congenita; idronefrosi; traumi (ivi compreso il cateterismo); parassiti animali (nelle regioni tropicali); di origine terapeutica (preparati mercuriali, urotropina); cause generali.

L'A. accenna poi all'ematuria essenziale, per cui ammette l'ipotesi di Auricchio che la ritiene in dipendenza di una nefrite emorragica a minutissimi focolai. Del resto, fino all'epoca della pubertà esiste una disposizione non soltanto all'albuminuria, ma anche all'eritrocituria, specialmente negli individui con abito astenico.

Un altro gruppo è dato dalle ematurie che si verificano nelle nefriti, di cui l'A. non si occupa. *fil.*

Contributo alla questione dell'emoglobinuria parossistica.

Dallo studio accurato di due casi della malattia, M. Schachsuwarly (*Arch. f. Schiffs. u. Trop. Hyg., Path u. Ther ex. Krank.*, Bd. 36, n. 6, giugno 1932), giunge alla conclusione che nell'etiologia della stessa ha valore solamente la sifilide, oltre ad una abnorme innervazione vasale, e mai la malaria o il chinino.

Il grado del titolo in autoemolisine non fu in ambedue i pazienti in alcun modo influenzato dal chinino.

Quali elementi favorenti l'accesso di emoglobinuria parossistica vanno poi considerati, oltre al raffreddamento, anche altri stimoli termo-chimici, quali l'acqua bollente, l'adrenalina e lo strapazzo.

Tra i sintomi caratteristici dell'accesso sono il brivido, la febbre, l'albuminuria, l'emoglobinuria, nonchè l'aumento della pressione e la modificazione dei leucociti.

Specialmente importante è la leucocitosi generale e la linfopenia con diminuzione dei monociti e degli eosinofili, costanti anche nei casi rudimentali.

La gravità della malattia dipende dal tasso emolisinico. Il trattamento con la papaverina riesce a mitigare i singoli sintomi, senza influenzare il processo emolitico.

La papaverina, infatti, risparmia ai pazienti le spiacevoli manifestazioni dello stadio del brivido. M. FABERI.

Considerazioni sulla febbre emoglobinurica.

H. E. Naumann (*Arch. f. Schiffs- und Tropen. Hyg*, 6, 1933) dopo aver citato le opinioni correnti sulla letteratura medica circa il meccanismo patogenetico dell'emoglobinuria riferisce alcuni casi occorsi alla sua osservazione e giunge alle seguenti conclusioni:

L'emoglobinuria è comune costantemente ad una insufficienza funzionale del fegato, reso minusvalente per abusi di alcool o manifestazioni di stasi. Le persone con il fegato sano e i bambini piccoli non soffrono mai di emoglobinuria, perchè l'organo intatto riesce a fronteggiare l'intensa emolisi.

Coerentemente, la cura si basa su tre principii: combattere la malaria con iniezioni endovenose di plasmochina e sospendendo il chinino, sostenere il circolo, e aiutare il fegato col trattamento glucosio-insulinico (10 unità di insulina al giorno per via sottocutanea e soluzione glucosata al 40 % per via endovenosa). V. SERRA.

Concrezioni batteriche nella pelvi renale.

Scholl (*Surg. Gyn. Obst.*, sett. 1932) ricorda come siano stati pubblicati due casi (rari nella letteratura) di malati con quadro simile a quello della calcolosi renale e nei quali si aveva nella pelvi solo delle concrezioni composte da muco e agglomerati batterici. La diagnosi non è possibile di porla prima dell'intervento. Anche il caso dell'autore fu diagnosticato dopo l'intervento (nefrectomia) con la sezione del rene. Naturalmente alla lastra radiografica il reperto è negativo e l'intensa batteriuria non ha valore per la diagnosi differenziale. V. GHIRON.

TERAPIA.

Nell'avvelenamento da cianuro di potassio.

J. C. Geiger (*Journ. Amer. Med. Ass.*, 22 luglio 1933) ha trovato utile la somministrazione per via endovenosa del blu di metilene. Si usa una soluzione all'1 % e se ne possono introdurre fino a 100 cmc., nel periodo di mezz'ora, senza che si manifestino sintomi di sorta o che si producano quantità dosabili di metemoglobina.

In due casi, che riporta, di individui i quali a scopo suicida avevano ingerito rispettivamente gr. 1,1 e gr. 0,5 di cianuro di potassio ed apparivano in stato disperato, tale cura, associata con la lavatura di stomaco ed introduzione di iposolfito di sodio, portò alla guarigione. *fil.*

Blu di metilene, sinergico e non antidoto del monossido di carbonio.

H. W. Haggard e L. A. Greenberg (*Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 24 giugno 1933) rilevano che il blu di metilene è antidoto del cianuro ma non del monossido di carbonio, come credettero alcuni. Anzi del monossido di carbonio è sinergico, perchè trasforma una parte dell'emoglobina in metemoglobina. L'uso del blu di metilene può quindi rendere mortale un avvelenamento non mortale da ossido di carbonio. Gli AA. convalidano questa affermazione con esperimenti su ratti e su cani.

R. LUSENA.

L'apomorfina nell'avvelenamento da stricnina.

D. Gold e H. Gold (*J. A. M. A.*, 20, 1933) hanno ripreso le esperienze di Haggard e Greenberg, per vedere se realmente l'apomorfina riuscisse a frenare le convulsioni provocate dalla stricnina e a combattere con successo l'effetto di dosi due volte superiori a quella letale.

Al contrario, le ricerche sperimentali dei fratelli dimostrano che non esiste un vero antagonismo tra apomorfina e stricnina; che l'ipereccitabilità dei riflessi provocata dalle dosi subletali non è modificata e l'azione delle dosi letali non è bloccata: è probabile che i risultati contrari ottenuti da Haggard debbano attribuirsi ad esami di valutazione nel grado della eccitabilità degli animali e della loro suscettibilità al veleno V. SERRA.

Trattamento delle ustioni gravi.

Chatelier (*Soc. Méd. Toulouse* e *Presse méd.*, 9 ag. 1933) consiglia quanto segue: 1) Iniezione endovenosa di siero fisiologico, che diminuisce la viscosità sanguigna e favorisce la diuresi; 2) salasso di 200-300 cmc. seguito da trasfusione; 3) bagni continui, tiepidi che lottano contro l'infezione, favoriscono l'eliminazione e, nei casi disperati, attenuano notevolmente il tormento dei malati. Contro lo « shock », l'adinamia o l'eccitazione, il consueto trattamento.

L'A. ritiene che gli effetti deleteri delle ustioni gravi debbano essere riferiti ad intossicazione da parte di prodotti che si formano nei tessuti ustionati. Tali prodotti si accumulano sulle emazie e sono così distribuiti in tutto l'organismo, anche sul sistema nervoso, dove determinano edema, congestione, degenerazione ed anche necrosi. *fil.*

NOTE DI DIETETICA.

Dieta ricca di carboidrati nel diabete mellito.

P. Gray e W. Sansum (*J. A. M. A.*, 20, 1933) hanno notato, in base a lunghe ricerche, che il concedere ai diabetici una quantità di carboidrati maggiore di quella consentita dalle comuni regole riesce non soltanto innocuo, ma utile. Essi hanno aumentato la proporzione dei carboidrati della dieta di quanto diminuivano quella dei grassi ed hanno visto, non solo un notevole miglioramento del senso di fuga, della sensazione subiettiva di benessere ecc. ma anche un aumento della tolleranza per gli idrati di carbonio.

Non è probabile che l'aumentata somministrazione di zucchero stimoli la secrezione dell'insulina eudogena, giacchè anche dopo molti anni non si è mai notato alcun segno di esaurimento della funzione pancreatica.

La reale utilità della dieta consiste non tanto nella riduzione di grassi, come alcuni pensano, ma nell'aumento degli idrati di carbonio.

V. SERRA.

NOTE DI TECNICA.

Sulla tecnica della splenopuntura.

Nella esecuzione della splenopuntura molti incidenti vengono senza dubbio evitati con l'impiego della tecnica di Schupfer, consistente nell'innestare fra ago e siringa un raccordo flessibile in gomma, che neutralizza, almeno fino ad un certo punto, le oscillazioni respiratorie dell'ago. Ciò malgrado, in qualche caso può verificarsi la rottura della capsula con le conseguenze ben note.

F. Serio (*Rif. Med.*, 1 aprile 1933) ha pensato di servirsi della spremitura adrenalinica della milza, iniettando endovena 1/100 di mmgr. del farmaco. Si infigge l'ago quando si è ottenuta una riduzione di volume dell'organo. Così facendo si diminuiscono le possibilità di emorragia endoperitoneale e si può più facilmente prelevare un materiale costituito da polpa splenica, in quanto a milza contratta è più difficile cadere con l'ago in una lacuna sanguigna. Ad evitare che, cessata la contrazione splenica, ridiventando normale l'irrorazione sanguigna dell'organo, fuoriesca sangue attraverso la ferita della capsula ancora beante, si ripete l'iniezione endovenosa di adrenalina (alla dose costante di 1/100 di mgr. o in dosi successivamente crescenti, secondo la tolleranza del soggetto) di tre in tre ore per l'intera giornata in cui la puntura ha avuto luogo.

C. TOSCANO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sullo sviluppo dei tumori da innesto nella oscurità.

Avendo il Tedeschi osservato che la luce filtrata attraverso schermi rossi e gialli impedisce o ritarda lo sviluppo delle neoformazioni epiteliali cutanee da catrame nel topolino bianco,

mentre la luce filtrata attraverso schermo verde si comporta agli effetti oncogeni come la luce naturale, A. Sintini (*Pathologica*, 15 maggio 1933) ha voluto studiare le modalità di attecchimento e di sviluppo di tumori da innesto in animali tenuti nell'oscurità, nel confronto con topolini ugualmente trattati ma esposti alla luce naturale.

L'A., che si è servito dell'adenocarcinoma di Ehrlich, ha potuto in primo tempo concludere che negli animali tenuti all'oscurità è più rapida la evoluzione dell'adenocarcinoma di Ehrlich; ha constatato però in secondo tempo che le differenze di attecchimento osservate fra gli animali tenuti nell'oscurità e quelli tenuti alla luce naturale scompaiono se si ha cura di tenere i due gruppi di animali alla stessa temperatura. Mentre dunque conferma l'azione della temperatura elevata come fattore coadiuvante dello sviluppo di tumori trapiantabili, nega che lo spettro solare influisca in modo sensibile su tale sviluppo.

C. TOSCANO.

RUBRICA DELL'UFFICIALE SANITARIO

La disciplina della vendita delle paste alimentari.

Nella Rubrica dell'Ufficiale Sanitario del n. 40 del *Policlinico*, del 30 ottobre 1932, abbiamo già avuto occasione di illustrare le disposizioni relative ai tipi di farine e di pane, contenute nella legge 17 marzo 1932, n. 368, e nel regolamento 23 giugno 1932, n. 904. Di recente la legislazione in materia è stata integrata dalla *legge 22 giugno 1933 n.* 874 (« Gazzetta Ufficiale », n. 172 del 26 luglio 1933), concernente la *disciplina della vendita delle paste alimentari*, che interessa riassumere brevemente ai fini della vigilanza igienica su questi prodotti alimentari di grande consumo.

La legge stabilisce che le paste alimentari secche, fabbricate esclusivamente con semole provenienti dalla macinazione del frumento, debbono essere commerciate e vendute sotto la denominazione di *pasta di pura semola* ovvero di *pasta comune*, a seconda che siano state impiegate nella loro fabbricazione semole di grano duro o farine di grano tenero. Inoltre, nei locali di vendita, esse debbono esser tenute in scansie separate e fornite di cartellini colle denominazioni dei due tipi di pasta.

In linea di massima è vietato aggiungere alla pasta sostanze estranee, che comunque possano modificare la composizione o il colore naturale del prodotto, ed è vietata la vendita di paste alimentari colorate artificialmente. Tuttavia sono permesse la fabbricazione e la vendita di *paste speciali* (con glutine, malto, uova, verdura, pomodori e carne), purchè preparate esclusivamente con semole di grano duro.

Anche queste paste, nei locali di vendita, debbono essere tenute in scansie separate munite dei relativi cartellini indicatori (pasta speciale con...).

Per le paste vendute come *paste* o *pastine glutinate* è prescritto che debbano contenere non meno del 25 per cento di sostanze proteiche (azoto 6,25) su sostanza secca. Tale percentuale corrisponde alla quantità del glutine contenuto nel semolino adoperato più quello aggiunto per ottenere lo speciale tipo di pasta.

Per pasta all'uovo si intende quella fabbricata con non meno di cinque uova intere per ogni chilogrammo di semola di grano duro.

Allo scopo di rispettare antiche consuetudini di panificazione esistenti in alcune località, la nuova legge ammette la produzione di un tipo di farina diverso da quelli previsti dalla legge 17 marzo 1932 e dal relativo regolamento 23 giugno 1932 sulla disciplina dei tipi di farina e di pane. Questa farina, proveniente dalla lavorazione di grano duro e da destinarsi alla panificazione, presenta i seguenti requisiti:

Umidità: non più del 14 %; ceneri: non più dell'1,50 %; cellulosa: non più del 0,80 %; glutine secco: non meno del 10 % su sostanza secca.

La produzione ed il commercio di tale tipo di farina, e del pane con esso confezionato, sono consentiti solamente nelle località dove sussistano le consuetudini tradizionali sopraindicate e previa autorizzazione da concedersi, su richiesta del prefetto, del presidente del Consiglio provinciale dell'economia corporativa, colla procedura prevista nella citata legge 17 marzo 1932. La farina ed il pane saranno indicate rispettivamente colla denominazione di *farina e di pane di grano duro.*

Sono previste penalità (multe da L. 500 a L. 5000) per i contravventori alle disposizioni della legge, la quale è entrata in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione, salvo la concessione di un termine di tre mesi per lo smaltimento delle scorte esistenti presso i fabbricanti e i rivenditori.

Insieme colla precedente, questa legge offre alle autorità preposte alla vigilanza annonaria nuovi e più efficaci mezzi per la tutela della salubrità e della genuinità dei prodotti alimentari derivanti dalla lavorazione del frumento.

A. FRANCHETTI.

VARIA.

Yang Chin Hna, rimedio popolare cinese contro l'asma.

L'Yang Chin Hna, esaminato da T. Q. Chou (*The Chinese Medic. Journ.*, gennaio 1933), ha dimostrato presenza di ioscina in proporzione del 0,2 %, più altri alcaloidi solanacei. Dalle foglie e dagli steli fu estratto un idrobromuro di ioscina cristallizzato, solubile in acqua, meno solubile in alcool e insolubile nel maggior numero dei solventi organici. È una sostanza fortemente tossica e per questo l'A. raccomanda di stare in guardia e usarla con parsimonia anche perchè frequenti sono stati gli avvelenamenti per l'uso non controllato che se ne fa in Cina.

R. LUSENA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI

ACIREALE (*Catania*). — Scad. 15 nov.; direttore del Dispensario antitubercolare del Comune; lire 5280 già decurtate del 12 %, oltre L. 440 trasp., c.-v.; età lim. 44 a.; tassa L. 50,10. Chiedere annunzio.

AGNONE (*Campobasso*). — Scad. 17 nov.; L. 5000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 39 a.; tassa L. 50.

ARADEO (*Lecce*). — Scad. 10 ott.; per Secli; lire 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ARMENTO (*Potenza*). — Scad. 15 ott.; L. 7000.

ASIAGO (*Vicenza*). — Scad. 10 ott., ore 17; 3ª cond.; L. 10.000 per 1000 pov.; addizion. L. 300 ogni 100 pov. in più; 6 quadrienni dec.; L. 300 ambul.; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 29 ag.

AVELLINO. *R. Prefettura*. — Scad. 90 giorni dal 16 ag.; uff. san. consorzio Villanova del Battista-Zungoli (ab. 4965); L. 7000 oltre L. 3000 trasp. e 3 quadrienni dec.; titoli ed esami; età lim. 45 a. al 16 ag.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50 al Tesoriere Provinc.; ritenute di legge.

BENEVENTO. *Amministraz. Provinc. del Sannio*. — Scad. 30 ottobre, ore 12; direttore del Brefotrofio Prov.; L. 6000 lorde; periodo di prova 2 anni, disdetta 3 mesi prima; età lim. 35 a.; tassa L. 50. Chiarimenti dalla Segreteria Gener. dell'Amministraz. Provinc.

BIENNO (*Brescia*). — Scad. 31 dic., ore 12; con Prestine; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 800 trasp.; riduz. 12 %; addizionale L. 3 oltre il 20 % della popolaz.; tassa L. 50.

BRESCIA. *OO. PP. Raggruppale Ospedale dei Bambini « Umberto I » e Istituto Rachitici*. — Scad. 15 nov., ore 18; primario della Sez. Pediatrica; L. 6000 lorde e compartecipaz.; età lim. 42 a. al 15 ag.; doc. ad 1 mese stessa data; chied. annunzio.

CASAPE (*Roma*). — Scad. 15 ott.; L. 10.500 oltre L. 400 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CASTELFRANCO DI SOTTO (*Pisa*). — Scad. 3 nov.; L. 8500 e 8 trienni dec., c.-v., L. 3000 cavalc.

CHIAVERANO (*Aosta*). — Scad. 10 nov.; con Cascinette; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 500-3500 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CHIVASSO (*Torino*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 iniziali.

FANO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 7 nov.; cond. rurale; L. 8300 oltre L. 3000 trasp., c.-v.; 10 bienni ventes.; addizionali L. 2 e L. 3; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

FRANCAVILLA MARITTIMA (*Cosenza*). — Scad. 25 ott.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

GENOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Scad. 16 ott.; direttore e vice-direttore del Consorzio, medico-aiuto del Dispensario di Genova; stipendi rispettiv. L. 24.000, L. 18.000 e L. 12.000; 4 quinquenni dec.; indenn. carica L. 5000, L. 4000 e L. 3000; età lim. 45 a.

GUBBIO (*Perugia*). — Scad. 30 sett.; 3° reparto; L. 8000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 1800 serv. att., aggiunta famiglia; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

LAVENO (*Varese*). — Scad. 30 sett.; consorzio; L. 9000 e 5 quadrienni dec. oltre indenn. varie; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

LECCO (*Como*). — Scad. 31 ott., ore 18; 5ª condotta; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., c.-v., addizion. L. 2,50 oltre i 1400 pov.; riduzioni e trattenute di legge; età lim. 35 a.; voti di laurea e di esami; doc. a 3 mesi dal 10 sett.; titoli ed esami.

LESSOLO (*Aosta*). — Scad. 15 ott.; con Fiorano; L. 9000 e 10 bienni ventes., c.-v., L. 500 bicicletta; riduz. 12 %.

MAGENTA (*Milano*). *Ospedale Civico*. — Proroga 15 ott.; medico chir. assistente.

MELFI (*Potenza*). — Scad. 30 ott.; uff. san.; titoli ed esami; stip. iniziale L. 4000.

MONTEFIORE DELL'ASO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 15 nov.; L. 8500 e quadrienni dec.

NARNI (*Terni*). *Ospedale Civile*. — Scad. 25 nov.; aiuto chirurgo; L. 6500; ritenuta 12 %; vitto e alloggio; percentuali; 4 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

ONOFERI (*Nuoro*). — Scad. 24 ott.; L. 10.500 oltre L. 1600 uff. san.

OSPEDALETTO LODIGIANO (*Milano*). — Scad. 15 ott., ore 17; con Orio Litte; L. 11.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 trasp., L. 850 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

PERRERO (*Torino*). — Scad. 10 nov.; consorzio (3 Comuni); L. 10.000 e 6 aumenti di complessive L. 5000, oltre L. 900 uff. san., L. 3500 trasp., L. 600 alloggio; riduz. 12 %; tassa L. 50,10.

PESARO. *Comune*. — Scad. 7 dic.; per Fiorenzuola di Focara; L. 7500 e 10 bienni ventes., addizionali L. 2 e L. 3, c.-v., L. 3000 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

PESCARA. *Amministrazione Provinciale*. — Il Preside informa che il termine per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per la nomina del Coadiutore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e di Profilassi, è prorogato sino alle ore diciannove del 30 settembre 1933-XI.

PESCOPAGANO (*Potenza*). — Scad. 31 ott.; L. 7000 e 6 quadrienni dodicesimo.

PIANA DEI GRECI (*Palermo*). — Scad. 30 nov., L. 8250.

POLA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 4 nov.; direttore del consorzio e del dispensario provinc. di Pola; aiuto medico nel dispensario predetto; stipendi rispettiv. L. 18.000 e L. 12.000, con 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; 2 anni di eserc. profess. Rivolgersi al presidente.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale.* — Il Preside, con bando del 14 corrente, informa che il termine di scadenza del concorso, di cui all'avviso 15 maggio 1933, per il posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale d'Igiene e Profilassi, prorogato al 15 settembre 1933, è nuovamente prorogato fino alle ore 18 del giorno 31 ottobre p. v.

POTENZA — Scad. 25 ott., ore 18; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; addizionale L. 5 oltre i 400 pov.; riduzioni di legge; tassa L. 50,10; età lim. 40 a. al 24 ag.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; serv. entro 15 gg. Rivolgersi Commissario Prefettizio.

REGGIO EMILIA. *Ospedale di S. Maria Nuova.* — La scadenza del concorso al posto di medico-aiuto del Reparto di Ginecologia ed Ostetricia con annessa Maternità è prorogata al 31 ottobre 1933-XII, ore 18. Rivolgersi all'Amministrazione.

S. GIOVANNI LA PUNTA (*Catania*). — Scad. 15 nov., ore 18; L. 8000 e 4 quinquenni dec.; decurtazione 12 %.

S. POLO DEI CAVALIERI (*Roma*). — Scad. 30 nov.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec.

SIENA. *Comune.* — Scad. 31 ott.; 3ª cond.; lire 8300 e 10 trienni fino a L. 13.300, oltre L. 1300 assegno complement., c.-v.; età lim. 34 a.; riduz. 12 %.

TORTONA (*Alessandria*). *Ospedale Civile.* — Scad. 15 nov.; assistente medico; L. 3600; riduz. 12 %; partecipaz. 15-20 %; età lim. 30 a. Rivolgersi Segreteria Congregaz. di Carità.

TUSCANIA (*Viterbo*). — Scad. 8 nov.; 2ª condotta; L. 9500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 1440 c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

VEDELAGO (*Treviso*). — A tutto il 30 settembre. Posto di medico condotto del 1° Reparto. Stipendio L. 8000 oltre indennità mezzo di trasporto e caro viveri. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Scad. 25 nov., ore 17; concorso ai posti di med. chir. assistente in albo scoperti; L. 3960 (già ridotte del 12 %); titoli ed esami; tassa L. 50; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 25 agosto.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore.* — Scad. 20 ott.; primario della Sezione pediatrica.

VILLALBA (*Caltanissetta*). — Scad. 29 ott.; L. 8500 e 5 quinquenni dec., L. 500 se uff. san.; da decurtare 12 %; età lim. 35 a.

ZARA. *Consorzio Provinc. Antituberc. dell'Istria.* — Scad. 4 nov., ore 18; direttore del Consorzio e aiuto medico del Dispensario di Pola; stipendi rispettiv. L. 18.000 e L. 12.000; 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a. al 4 sett.; tassa L. 50. Chiedere annunzi.

ZARA. *Comune.* — Scad. 31 ott., ore 12; L. 12.500 oltre L. 1000 ambulat., c.-v., 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 25-35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 6 mesi dal 1° sett.

ZEVIO (*Verona*). *Ospedale Chiarenzi.* — Scad. 31 ott.; medico assistente effettivo; L. 4500 e compartecipazioni; vitto e alloggio; età lim. 35 a. al 25 ag.; tassa L. 50. Chiedere annunzio.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Piero Boveri.

Il Direttorio dell'Accademia Medica Lombarda, ad onorare la memoria del compianto prof. Piero Boveri, con i fondi pervenutigli dalla disciolta Associazione Sanitaria Milanese bandisce un primo concorso per un lavoro inedito su: « Ricerche sperimentali sopra le eventuali modificazioni biologiche che possono essere provocate dall'invecchiamento delle acque minerali asportate dalla sorgente ». Al vincitore verrà assegnato un premio di L. 2000. Possono concorrere tutti i laureati del Regno.

I lavori, dattilografati in triplice copia, dovranno essere inviati raccomandati alla segreteria dell'Accademia, in Milano, piazza Duomo 20, entro il 30 giugno 1934-XII in busta chiusa; modalità consuete. La commissione giudicatrice è composta dai proff. Luigi Zoja, presidente, Prassitele Piccinini, Adriano Valenti, Andrea Vinaj, Vito Massarotti segretario.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Bollettino del Corpo Sanitario Militare.

Mazzetti Loreto, colonnello medico in servizio permanente effettivo, è promosso maggior generale medico ed è nominato direttore della Scuola di applicazione di Sanità militare.

Marengo Lorenzo, colonnello medico in servizio permanente effettivo, è promosso maggior generale medico ed è collocato a disposizione.

Funaioli, colonnello medico, è nominato direttore di Sanità del Corpo d'armata di Napoli; Bedei, colonnello medico, è nominato direttore di Sanità militare del Corpo d'armata di Alessandria; Conciatore, tenente colonnello, è nominato direttore dell'Ospedale Militare di Savigliano; Crescione, tenente colonnello, è nominato direttore dell'Ospedale Militare di Genova; Gentile, tenente medico, è promosso capitano e destinato al 28° campagna.

I seguenti ufficiali, allievi ufficiali medici di complemento e militari di truppa, vincitori del concorso, sono nominati tenenti in servizio permanente effettivo nel Corpo sanitario militare: essi sono destinati effettivi alla Scuola di applicazione di Sanità militare di Firenze, ma presteranno temporaneamente servizio presso i seguenti Corpi, fino a quando non avrà inizio il corso di applicazione presso la Scuola stessa: Bartone, 15° fanteria; Grimaldi, 6° pesante campale; Cancer, 20° fanteria; Cebrelli, 30° id.; Alvisi, 70° id.; D'Alessio, 10° pesante campale; Ruocco, 9° id.; Napoleone, 10° campagna; Maltese, 22° id.; Albergo, 10° fanteria; Ragni, cavalleggeri Aosta; Sabatino, 1° bersaglieri; Nusdeo, 24° campagna; Arcari, 1° granatieri; Salvatore, 14° campagna; Percopo, 40° fanteria; Di Marco, 12° pesante campale; Lupo, truppe coloniali Tripolitania; Musettini, 21° fanteria; Pantè, 10° bersaglieri; Ferrigno, 31° fanteria; Di Jorio, 12° campagna; Carducci, 5° fanteria; Pasceri, 19° id.; Furino, 47° id.; Mendicini, 16° id.; Tauro, 14° id.; Parano, 15° id.; Pittari, 75° id.; Loiodice, a disposizione del Ministero dell'Aeronautica; Molaioni, 2° bersaglieri; Morelli, 3° fanteria; Russo, 85° id.; Fedeli, 7° id.; Giustizieri, 6° alpini; Bamonte Enzo, 28° campagna; Mongillo, cavalleggeri Firenze; Bamonte Nicola, 29° campagna; Mancini, 2° granatieri.

Il sen. conte Giacomo Suardo è nominato presidente dell'Istituto Nazionale Fascista per l'assicurazione contro gl'infortuni sul lavoro.

NOTIZIE DIVERSE.

Assicurazioni contro le malattie.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di Regolamento per l'attuazione delle norme legislative riguardanti l'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali. Il provvedimento dà pratica attuazione all'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali, considerata come uno dei punti essenziali del programma previdenziale della « Carta del Lavoro » e già legislativamente sancita, nei suoi fondamentali postulati giuridici, col R. D. 13 maggio 1929, n. 928.

Della nuova assicurazione, che è strettamente connessa con quella contro gli infortuni sul lavoro, beneficiano gli operai esposti al particolare rischio di alcune malattie da intossicazione o da infezione, derivanti dal lavoro (saturnismo, mercurialismo, fosforismo, solfocarbonismo, benzolismo, anchilostomiasi), anche se occupati in lavorazioni connesse o complementari di quelle indicate nel R. D. 13 maggio 1929, n. 928.

In particolare il regolamento stabilisce le forme cliniche delle malattie che danno diritto a conseguire i benefici stabiliti dalla legge; adatta le norme procedurali per l'accertamento e la liquidazione degli infortuni alle speciali esigenze della nuova assicurazione; disciplina i casi di ricadute, e detta, infine, le norme perchè siano tenuti in evidenza tutti gli elementi tecnici, sanitari ed attuari, necessari per i futuri ampliamenti e perfezionamenti della legge.

Il Consiglio ha approvato anche un disegno di legge contenente agevolazioni tributarie in favore della Cassa Nazionale malattie per gli addetti al commercio, cui vengono accordate le agevolazioni già concesse all'Istituto Nazionale Fascista per la Previdenza sociale; ed uno schema di provvedimento concernente il personale dell'Istituto Nazionale Fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e dei Sindacati di Mutua Assicurazione contro gli infortuni e del loro Consorzio.

Il Convegno internazionale "Volta" sull'immunologia.

Il 25 settembre s'inaugura in Campidoglio il 3° Convegno Internazionale promosso dalla « Fondazione Volta » della Reale Accademia d'Italia.

È opportuno ricordare che i Convegni Volta non sono Congressi nel senso comune della parola, ma speciali riunioni destinate alla trattazione di argomenti compresi in un campo di studi definito e prestabilito. Le relazioni sui vari argomenti sono affidate ad un numero limitato di cultori della materia.

Ai Convegni si partecipa soltanto in seguito ad invito personale, e gli invitati sono ospiti della Reale Accademia d'Italia e della Fondazione Volta.

Quest'anno la designazione dell'argomento è spettata alla classe di Scienze fisiche, matematiche e naturali, la quale ha scelto il campo dell'Immunologia: scienza sperimentale che attinge alla chimica biologica e alla chimica fisica e si fonde con la medicina nelle benefiche applicazioni diagnostiche, curative e profilattiche, contro le malattie d'infezione.

Il Convegno è presieduto dall'accademico S. E. De Blasi, coadiuvato dall'accademico S. E. Bottazzi, e comprenderà dodici sedute per la lettura e la discussione delle seguenti relazioni: « Le siero-lisine e l'immunità antibatterica » (relatore Pettersson); « Specificità dei fenomeni immunitari » (Landsteiner); « L'attività batteriofaga in rapporto con l'immunità » (d'Hérelle); « Fenomeni anafilattici » (Loerr); « Fenomeni allergici nelle malattie da infezione » (Zironi); « La fase negativa » (Madsen); « Fenomeni chimico-fisici nell'immunità » (Lecomte du Noüy); « Applicazioni diagnostiche dei fenomeni immunitari » (Sachs); « Anatossine e loro applicazioni » (Ramon); « Sieri antiofidici » (Belfanti); « Immunità nelle infezioni protozoarie » (Schilling); « Immunità nelle spirochetosi, specialmente nella sifilide » (Kolle).

Al Convegno sono stati invitati i più insigni immunologi del mondo. Oltre a numerosi italiani, fra i più autorevoli cultori della materia, vi sono i seguenti stranieri: Doerr (Svizzera), d'Hérelle (Francia), Kolle (Germania), Landsteiner (Stati Uniti), Lecomte du Noüy (Francia), Madsen (Danimarca), Pettersson (Svezia), Ramon (Francia), Sachs (Germania), Schilling (Germania), Abderhalden (Germania), Besredka (Francia), Bordet (Belgio), Degkwitz (Germania), von Hutyra (Ungheria), Kahn (Stati Uniti), Klopstock (Palestina), Muir (Inghilterra), Nicolle (Francia), Nuttall (Inghilterra), Preisz (Ungheria), Weichardt (Germania), Wright (Inghilterra), Flexner (Stati Uniti), Bail (Cecoslovacchia), Topley (Inghilterra).

La sera del 28 settembre, S. E. il Governatore di Roma offrirà, in onore dei partecipanti al Convegno, un ricevimento in Campidoglio e il 1° ottobre gli insigni scienziati si recheranno a Littoria e visiteranno le grandi opere di bonifica compiute dal Governo fascista nell'Agro Pontino.

29° Congresso italiano d'otorinolaringologia.

Si è svolto negli scorsi giorni a Bolzano il 29° Congresso della Società italiana di laringologia, rinologia e otologia.

I congressisti sono stati più di un centinaio, provenienti da ogni parte d'Italia, dalla Francia, dall'Ungheria, dall'Inghilterra, dall'Olanda, dalla Svizzera e dal Belgio.

L'inaugurazione ebbe luogo il 9 sett., alla presenza delle autorità civili e militari, nel palazzo del Consiglio provinciale dell'Economia, dopo che i congressisti in gruppo si erano recati a deporre una corona sull'ara dei Martiri e al monumento della Vittoria.

Il prof. Toma ha porto il saluto della cittadinanza di Bolzano. Il prof. Briani, presidente del Comitato ordinatore e dell'Ordine dei Medici di Bolzano, salutò reverentemente S. A. R. il Duca di Pistoia, presidente onorario del Comitato e ringraziò le autorità e gli intervenuti. Rilevò il significato altamente patriottico e spirituale della scelta di Bolzano, terra sacra, riunita all'Italia rinnovata che, per virtù del Duce, espande al mondo intero sentimenti di umanità, di pace e di giustizia sociale. Il prof. Bellotti di Milano, vice presidente della Società, legge il discorso inaugurale, compilato dal prof. Bilancioni, assente per malattia. L'oratore, in rapida, felice sintesi, dopo un alato saluto a Bolzano, rileva il contenuto del programma dei lavori del Congresso, che corrisponde al progresso dell'otologia moderna e si adegua al movimento spirituale e politico della Nazione voluto dal Regime.

Ha preso quindi la parola il prof. J. Safranek di Budapest, il quale, dopo aver rivolto parole di ammirazione al Duce e all'Italia, a nome della Società otologica ungherese, conferisce diplomi

di socio onorario della Società stessa ai proff. Bilancioni, Citelli, Calamida e Lasagna, i quali vengono assai festeggiati. In ultimo il comm. Mazzolani, vice prefetto di Bolzano, in nome del Re dichiara aperto il Congresso.

Hanno avuto luogo numerose e interessanti comunicazioni, che hanno dato luogo ad animate discussioni.

1° Congresso italiano di fonetica biologica.

Si è tenuto a Bolzano, in rapporto col Congresso italiano d'otorinolaringologia, il primo Congresso della Società Italiana di Fonetica Biologica e di Foniatria, sotto la presidenza del prof. Silvestro Baglioni.

Il più lusinghiero successo ha coronato questo Congresso, che, per la larga partecipazione di cultori stranieri di fonetica, si è trasformato in un vero congresso internazionale.

Terminati i lavori scientifici del Congresso il prof. Baglioni ne riassunse con sentite parole l'alta importanza scientifica e rivolse un saluto ai numerosi congressisti esteri ed italiani che invitò al secondo Congresso dell'anno prossimo.

Per il 2° Congresso internazionale di neurologia.

Al Comitato di preparazione del II Congresso internazionale di neurologia, radunatosi a Londra nei giorni scorsi, l'Italia è stata rappresentata dal prof. Ottorino Rossi, Rettore dell'Università di Pavia, presidente della Delegazione italiana composta dei proff. De Sanctis di Roma, Donaggio di Modena, Fragnito di Napoli, Lugaro di Torino e dal segretario prof. Buscaino di Catania.

Al Congresso, che sarà tenuto nell'agosto del 1935, la lingua italiana è stata designata fra le ufficiali e l'Italia sarà rappresentata nella vice-presidenza e nel Comitato esecutivo dallo stesso prof. Rossi, il quale è anche incaricato di presiedere alla preparazione di uno dei quattro temi generali.

Conferenze al sanatorio Militare di Anzio.

Nel periodo estivo, al Sanatorio Militare di Anzio, dagli ufficiali medici in servizio, sono state tenute le seguenti conferenze: prof. Federico Bocchetti, direttore: « Le nuove conquiste nel campo scientifico della tubercolosi. Le bacillemie »; cap. med. Paolo De Paoli: « Toracoscopia e pleurolisi intrapleurica »; cap. med. Luigi Bolla: « Modalità di guarigione delle caverne polmonari tubercolari »; ten. med. Marmo Achille: « Sulle variazioni microbiche e sui fenomeni di dissociazione dei vari tipi del micobatterio del tubercolo »; ten. med. La Rovere Giuseppe: « La febbre nella tubercolosi »; ten. med. Cammarano Vito: « Le sindromi emottoiche »; sottoten. med. Venditti Giovanni: « Osteiti tubercolari iuxta-articolari delle ossa lunghe »; ten. chim.-farm. F. Pazzuoli: « I preparati di bismuto nella cura della sifilide ».

Per una biblioteca urologica.

Il dott. prof. Ermanno Mingazzini, primario urologo nell'Ospedale del Littorio in Roma, prega vivamente i colleghi che pubblicano lavori su argomenti urologici, di inviargliene copia od estratto, allo scopo di costituire una biblioteca specializzata di urologia, che avrà sede nel grande Ospedale predetto, Reparto Urologico.

Società medica di mutuo soccorso a Parigi.

Questa Società ha celebrato il suo centenario, sotto la presidenza del dott. Bazy, membro dell'Accademia delle Scienze e dell'Accademia di Medicina di Parigi.

La Società venne fondata nel 1833 da Orfila, il reputato tossicologo d'origine spagnola, divenuto professore di medicina legale alla Facoltà medica di Parigi. La Società era limitata ai medici di Parigi e del Dipartimento della Senna.

Alla fondazione concorsero alcuni medici che avevano grande fama: Dubois, Desgenettes, Cloquet, i quali, insieme ad Orfila, costituirono il primo fondo; poi questo venne alimentato dai contributi regolari dei soci e da legati ed elargizioni.

Scopo della Società era di sovvenire i medici anziani che, dopo essersi dedicati alla professione, non avevano messo da parte mezzi bastevoli per trascorrere tranquillamente la vecchiaia; poi gli scopi si allargarono: gli statuti della società autorizzano ora di sovvenire anche i medici che non sono iscritti come soci ed i medici malati; di provvedere alle vedove ed agli orfani; inoltre alcuni fondi parziali hanno scopi definiti, come assegnare borse di studio. Gl'iscritti sono attualmente 816, mentre nel dipartimento della Senna eserciscono più di 6000 medici; ma i benefizi della Società si estendono largamente anche ai non iscritti.

Inizialmente la Società venne istituita con 7000 franchi (corrisponderebbero almeno al decuplo in valuta attuale); ora essa ha un capitale di 4.113.730 franchi. La quota sociale inizialmente era di 12 franchi l'anno, ora è di 50. L'ultimo bilancio comportò la spesa di 130.000 franchi, destinati a pensioni di riposo, ciascuna dell'importo di 3400 franchi l'anno; a sovvenzioni una volta tanto, di 3200 franchi, per medici; a sovvenzioni una volta tanto, dell'importo di 1700 franchi, per vedove. Di recente è stato assunto un letto nel sanatorio per studenti.

L'Associazione generale dei medici di Francia, fondata più tardi, ebbe pure scopi mutualistici; ma la Società di Orfila, come si è visto, ha continuato a vivere ed a prosperare.

L'eugenica nelle scuole della Germania.

Il ministro dell'interno della Federazione germanica, Frick, ha stabilito che in tutte le scuole pubbliche si debba rivolgere attenzione adeguata alla scienza dell'eredità nel campo igienico sociale. Il commissario della sanità pubblica per la Baviera ha disposto che l'eugenica debba fare argomento di studio e di esame nel *curriculum* degli studî medici.

Azioni giudiziarie.

Una Casa di salute di Parigi (nella rue Puccini 7) ha intentato causa contro una certa signora Costa, operata nella clinica, e contro un certo signor Florintin, il quale aveva presentato la Costa e se n'era fatto garante. L'amministratore chiedeva loro, solidariamente, il compenso di 2860 franchi. Il Florintin contestava di aver dato una garanzia; a sua volta, chiedeva 3000 franchi per il pregiudizio recatogli con l'« azione temeraria » intentata contro di lui.

La 9ª Camera del Tribunale Civile della Senna ha deciso che l'operata deve corrispondere la somma richiestale, più le spese del giudizio e gl'interessi, ma che il Florintin non può esser reso so-

lidale, perchè la presunta garanzia non risulta da un atto scritto e non può essere provata; ha deciso inoltre che al Florintin non compete alcun indennizzo, perchè la sua richiesta è mal fondata.

Un po' dovunque.

Il dott. Leandro Tomarkin, in un telegramma al Segretario Federale di Milano, Rino Parenti, ha espresso l'intendimento della Fondazione stessa di tenere il 6° corso nel prossimo anno a Roma.

Ricordiamo che per il 5 ottobre, nella Clinica del Lavoro di Milano (via S. Barnaba 8), è indetta la « Giornata dell'Anchilostomiasi », che seguirà la giornata commemorativa di Ramazzini. Sono già in programma dieci comunicazioni.

S. E. Starace in un rapporto al Duce documenta il poderoso sviluppo assunto dalle colonie estive, le quali nel 1932 hanno ospitato 348.435 bambini; traccia. perchè siano approvate, le direttive per rendere sempre più efficiente l'organizzazione.

L'« Agenzia di Roma » ha raccolto i dati relativi all'assistenza prestata dall'Opera Nazionale Maternità e Infanzia nel primo semestre del 1932: risulta che quest'azione si è estesa a 472.065 persone.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimento con cui si approva il piano regolatore edilizio e di risanamento del quartiere del « Sass » a Trento.

La Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia si è adunata il 15 giugno, sotto la presidenza del prof. E. Alfieri assistito dal segretario prof. F. Vozza. Furono fatte comunicazioni dai soci E. Battaglioli, I. Odescalchi, G. Parmeggiani, C. Colombino.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha diramato ai provveditori agli studi alcune disposizioni relative all'esame di ammissione alle scuole di ostetricia. Questo esame deve vertere sul programma dell'esame di licenza delle nuove scuole di avviamento professionale, i cui programmi culturali corrispondono, in complesso, a quelli delle cessate scuole complementari.

La « Société médicale du littoral méditerranéen » organizza il suo 10° viaggio medico internazionale natalizio per il 26 dicembre - 2 gennaio; adunata a Nizza; fine del viaggio a Cannes. Rivolgersi alla sede sociale, rue Verdi 24, Nizza.

Si è tenuto a Bordeaux il primo congresso nazionale dei « medici amici del vino »; vi hanno assistito vari delegati stranieri, tra cui il prof. Baglioni per l'Italia. Gli oratori hanno illustrato le azioni fisiologiche, terapeutiche e profilattiche del vino razionalmente consumato.

Il dott. Ettore D'Angelantonio, maggiore generale medico a riposo, ha festeggiato nella nativa Aquila il suo 80° compleanno. Presta tuttora la sua attività professionale nelle Opere Assistenziali Fasciste.

In seguito ad un radio-messaggio lanciato dalla Capitaneria del Porto di Livorno, il transatlantico « Gange », del Lloyd Triestino, deviando di 40 miglia dalla sua rotta, si recava all'isola di Capraia, per rilevare il dott. Guido Rinaldini, che trasportava a Civitavecchia, ove egli potè essere ricoverato nell'Ospedale per un'operazione di appendicite. Il Rinaldini, addetto alla colonia penale dell'isola, non poteva essere operato sul posto; d'altra parte la Capitaneria aveva tentato d'inviare un piccolo piroscafo od un rimorchiatore, ma inutilmente, per lo stato del mare.

Si è spento a Madrid, in età di 83 anni, il dott. CARLOS MARIA CORTEZO, che fu deputato, senatore, ministro della pubblica istruzione e delle belle arti, a due riprese direttore generale di sanità (carica da lui istituita) ed occupò altre posizioni importanti, tra cui quella di presidente del Consiglio Superiore di Sanità e del Consiglio Superiore per la tutela dell'Infanzia.

Organizzò i servizi sanitari della Spagna. Fondò il Collegio degli orfani dei medici, l'Istituto centrale di sieroterapia, la Società spagnola di terapia e farmacologia, la Società spagnola d'igiene ecc. ecc.

Più volte vinse dei concorsi a cattedre universitarie, ma non accettò per non allontanarsi da Madrid; o declinò la nomina per ragioni politiche.

Nicolle ebbe a dichiarare di essere stato preceduto da Cortezo nello stabilire l'epidemiologia del dermotifo.

Di grande coltura e attività, Cortezo lascia moltissime pubblicazioni apprezzate nel campo medico e letterario; dirigeva con impegno e abilità « El Siglo Médico ».

Nel 1931 gli fu conferita la massima onorificenza di cui disponesse la Spagna: il Tosone d'Oro.

Poco dopo, col cambiamento di Regime, egli venne allontanato dalle cariche ufficiali. Non si potevano disconoscerne le sue benemerenze; ma s'inscenò uno scandalo amministrativo: un'inchiesta ordinata dal dott. Pascua, allora direttore generale della Sanità, trovò delle irregolarità nella gestione del Patronato del Collegio degli Orfani, che era stato presieduto dal Cortezo; per altro la riputazione di questi non rimase affatto menomata.

Significativo è quanto ora ha scritto Ramon y Cajal, secondo il quale « quasi tutto ciò che la Spagna ha conseguito di buono, di solido, di vitale, in materia d'igiene ufficiale e d'insegnamento sanitario » si deve al Cortezo; e aggiunge che questi fu anche « un gestore paterno e difficilmente sostituibile del Collegio degli Orfani ». Al detto Collegio il Cajal ha ora voluto assegnare 25.000 pesete sulla sua modesta fortuna, in omaggio alla memoria del collega.

Il Cortezo da varî anni era divenuto cieco.

Per parte materna discendeva dalla famiglia ligure dei Garibaldi. A. P.

È morto a Vienna in età di 56 anni il prof. VICTOR MUCHA. Assunto come semplice dimostratore presso la cattedra di chimica del Ludwig, fu poi chiamato, con la stessa qualifica, presso la cattedra di anatomia patologica del Wechselbaum ed ivi rivelò rare attitudini scientifiche. Il Finger lo volle primo assistente (aiuto) alla Clinica dermatologica ed ivi egli compì studi importanti: il suo nome resta sovratutto legato alla dimostrazione delle spirochete in campo oscuro, tecnica oggi largamente impiegata. Notevoli sono i suoi contributi alla malarioterapia. Nel 1919 fu chiamato a dirigere un nosocomio per malattie veneree femminili. Seppe organizzare in modo perfetto la lotta contro la prostituzione, secondo nuovi criterî, valendosi cioè dell'elevamento psichico delle prostitute, della loro educazione al lavoro e di mezzi sociali. V. L.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Wien. Klin. Woch., 23 giu. — H. EPPINGER, Cambiamenti nella medicina interna.

Semana Méd., 1 giu. — J. J. VITÓN e A. MARACO. La febbre reumatica o reumat. art. ac. non dev'essere un'entità specifica.

Forze Sanit., 10 giu. — P. CASTELLINO. Della cosidetta « vagotonia ».

Min. Med., 10 giu. — E. PESCI. Interpretaz. anafilattica di alcune forme encefaliche. — M. MASSA e S. MAUGERI. Per il riconoscimento di alcune manifestazioni ipoglicemiche.

Amer. Journ. of Cancer, giu. — N. DOBROVOLSKAIA-ZAVADSKAIA. L'eredità del cancro. — L. T. SAMUELS e al. Ipofisi e sviluppo dei tumori maligni.

Presse Méd., 21 giu. — E. DICKER. Sostanze ipertonizzanti nell'urina di ipertesi.

Rass. Cl.-Scient., 15 giu. — P. CASTELLINO. La nevrosi e la frequenza delle neuropatie vegetative. — B. BOLDRINI. Menotossina.

Jounal dos Clín., 15 mag. — N. R. MEIRA. Il metabolismo bas.; suo valore ausiliare in clinica. — O. DE SOUZA. Arteriosclerosi e pressione arteriosa. — 30 mag. R. FERNANDES. Il compito del sistema reticolo-endot. nella terapia della sifilide.

Bull. Ac. de Med., 30 mag., 13 giu. — La cura sanatoriale della tbc.

Proc. R. Soc. Med., giu. — Discussioni sui temi: l'anestesia nella chirurgia endocranica; le infiammazioni croniche dei seni etmoidali e sfenoidali; la febbre ondulante; la demenza presenile.

Journ. Méd. Franç., giu. — Numero sulle algie facciali.

Rev. Belge d. Sc. Méd., apr. — E. DELCOURT-BERNARD. La febbre sperimentale.

Chir. degli Org. di Mov., mag. — V. PUTTI, M. PALTRONIERI. Cura della tbc. osteo-artic.

Giorn. di Batter. e Immun., giu. — A. MUSSA. Immunità e diverse età. — S. TENEFF. Trasfus. di sangue e stimolaz. specifica degli agglutinogeni. — F. POLLANO e G. SERRA. Microreaz. di Meinicke per la siero-diagn. della lue.

Med. Welt, 24 giu. — A. BACMEISTER. Roentgenterapia della tbc. polm.

Med. Klinik, 23 giu. — E. EDENS e al. L'epidemia grippale. — F. DEPISCH. Dieta libera nel diabete.

Münch. Med. Woch., 23 giu. — H. ASSMANN. Allergia e medicina interna.

Pediatria, 1 lug. — I. PISU. Efficacia del siero antidifter. — E. LIZIER. Sieroterapia antiscarlattinosa.

Arch. di Patol. e Cl. Med., giu. — L. ALESTRA e G. RUFFINI. Pressione venosa periferica. — G. FERRO-LUZZI. Ascessi del polm.

Riv. di Patol. nerv. e ment., mag.-giu. — V. BUSCAINO. Componenti enterogene della demenza precoce. — F. GUIZZETTI. Miocardite dell'atassia di Friedreich. — T. PREDAREL. Corea cronica non ereditaria.

Rass. di Terapia e Patol. Clinica, mag. — A. RISI. Azione ipoglicemizzante dell'ossidasi di « Cynara scolimus ».

Gazz. Intern. di Med. e Chir., 30 giu. — A. CUTURI. Azione ipoglicemizzante degli estratti epatici. — D. GIORDANO. Cancro del pene susseguito a sifiloma.

Wiener Archiv f. innere Medizin, n. 1. — R. BOLLER. Pericoli della trasfusione di sangue e modo di evitarli. — J. BLÖCH e A. BERGEL. Ciclo ovarico e ricambio dei carboidrati. — S. WASSERMANN. L'edema polmonare cardiaco acuto ed il suo meccanismo riflesso. — E. W. KASSATKIN. Lo specchio glicemico nel tifo addominale. — H. WINTER. Contributo alla patologia della malattia degli edemi. — C. BLICH. La clinica della formazione automatica degli stimoli cardiaci.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 2 Ottobre 1933 - XI Num. 40

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.

Direttore: Prof. C. FRUGONI

Sulla frequenza dell'aumento di volume e di consistenza della prostata, di natura verosimilmente infiammatoria, nei soggetti affetti da malattie attribuite all'infezione focale. Osservazioni batteriologiche sul liquido prostatico.

NOTA PREVENTIVA.

Dott. FERDINANDO CORELLI, ass. vol.

Mentre alcuni AA., per lo più americani, hanno segnalato l'importanza che si deve attribuire anche alla prostata oltre che alle tonsille, ai denti, ecc., come sede di infezione focale (Halloway e Von Lackum, Stucher, Nikel, scuola di Rosenow, Walther, Russell Herold, Briggs, ecc.), parecchi altri AA., partendo da punti di vista indipendenti, sono stati condotti a considerare con particolare attenzione le prostatiti cosidette aspecifiche cioè non gonococciche e non tubercolari. Si tratta specialmente di urologi che in questi ultimi anni, esplorando la prostata in persone senza precedenti gonococcici ma indirizzate a loro da disturbi vari della sfera urogenitale, l'hanno trovata molte volte notevolmente ingrossata. Il fatto della mancanza in questi pazienti di precedenti di natura locale e al contrario la presenza di affezioni acute specialmente tonsillari, hanno generato in questi specialisti l'opinione che tali prostatiti, perchè così dovevano essere considerate, fossero relative ad infezioni acute pregresse, specialmente tonsillari e dentarie. Del resto è noto già come la prostata possa divenire sede di localizzazioni purulente, da punti di partenza lontani (per es. furuncolosi, mastoiditi, ecc.). Nessuna meraviglia che per le stesse vie possano giungere ed insediarsi in essa germi per lo più a virulenza attenuata, capaci di restare anche per anni in latenza e senza dare alcuna sintomatologia locale o generale.

Il trattamento locale di questi infermi con-

sistente principalmente in massaggi, lavaggi, irrigazioni, applicazioni diatermiche, intesi ad alleggerire l'organo quanto più è possibile da materiali nocivi e favorire la risoluzione del processo patologico, ha fatto molto spesso diminuire o cessare non solo disturbi vari della sfera genitale e disturbi locali di vario tipo, dolori locali e dolori irradiati, ma anche *disturbi dello stato generale*, forse da essi dipendenti, spesso a tipo di neurastenia sessuale e generale, per lo più ad impronta psico depressiva. La natura infettiva di questi disturbi ha trovato largo credito in seguito al frequente reperto nella secrezione prostatica di germi fra i quali spesso gli streptococchi.

* * *

Una delle ricerche fondamentali e giustamente divenuta classica nella dottrina delle infezioni focali è quella pubblicata da Pässler nel 1909 sui rapporti tra malattie generali e stato delle tonsille. Questo A. esaminando un gran numero di soggetti sani e giovani e ripartendoli in due gruppi: quelli a tonsille perfettamente sane, quelli a tonsille ipertrofiche o cronicamente infiammate, aveva stabilito come nel primo gruppo fosse altissima la percentuale di individui ad anamnesi perfettamente negativa in tutto, cioè sani nel senso classico e clinico della parola, nell'altro invece fosse molto più elevata la percentuale di individui soggetti a forme reumatiche in genere, a nefriti, cardiopatie, ed a modificazioni dello stato generale.

Dati questi rapporti tra tonsille e malattie generali, date le recenti vedute sulle prostatiti aspecifiche poco fa menzionate specie nei riguardi dei loro rapporti con le tonsilliti è parso opportuno inquadrare nei lavori che si fanno in questo Istituto sulle infezioni focali anche uno studio sistematico sullo stato della prostata.

A questo scopo, per consiglio del prof. Lusena, ho studiato nel più gran numero di soggetti possibile, lo stato della prostata, quello delle tonsille e dei denti, lo stato presente (malattia attuale), e l'anamnesi remota (precedenti morbosi).

Con questo indirizzo la ricerca è stata condotta dal principio di quest'anno indistintamente su tutti i pazienti, nei quali ho potuto eseguire l'esame della prostata considerandone i caratteri: grandezza, consistenza, stato della superficie posteriore, dolorabilità e spostabilità, eseguendo anche spesso la spremitura, giacchè, come diremo, si son fatte pure delle ricerche batteriologiche sul liquido prostatico nei vari gruppi di soggetti presi in esame. In alcuni casi è stato anche saggiato il potere di localizzazione elettiva dei germi isolati dalla prostata ma senza risultati utilizzabili. Come si sa, non sempre l'esplorazione digitale permette di differenziare esattamente le sensazioni tattili che derivano dalla prostata da quelle che provengono dalle vescichette seminali, perciò il termine di prostata ingrandita può aver compreso qualche volta dei fatti a carico delle vescichette, la qual cosa però non ha grande importanza perchè spesso, specialmente quando si è in campo di affezioni croniche, le lesioni dei due organi vanno parallele. Altrettanto dicasi per quanto riguarda il liquido ottenuto con spremitura. Tale estensione di significato al termine « Prostata » è stato già prima utilizzato in questo senso da Nikel ed altri.

Nelle tabelle, che qui per brevità non sono riportate, ma si vedranno nel lavoro *in extenso*, accanto alla breve descrizione della prostata relativa alla sua grossezza, durezza, dolorabilità ecc. abbiamo messo per semplificare un segno: —, +, oppure + +, per indicare in sintesi col — quella che ci è parsa prostata normale, con + discretamente ma sicuramente anormale e con + + notevolmente anormale sia per volume che per consistenza.

Siccome è noto che la prostata delle persone anziane va soggetta molto di più di quella dei giovani ad aumento di volume per fatti senili o presenili (ipertrofie-adenomi?) abbiamo creduto opportuno nel raggruppare poi i nostri dati, separare i soggetti inferiori da quelli superiori ai 50 anni.

Per poter meglio mostrare e quindi valutare i dati delle nostre ricerche ci è parso utile dividere tutti i pazienti nei seguenti gruppi:

1) pazienti minori di 50 a. con tonsille normali e anamnesi presente e passata normale per quanto riguarda il gruppo di malattie assimilabili alle infezioni focali (1);

2) pazienti minori di 50 a. tonsillopatici senza altre malattie del gruppo;

3) pazienti minori di 50 a., non tossillopatici, ma affetti da malattie del gruppo;

4) pazienti minori di 50 a. affetti da malattie del gruppo e tonsillopatici;

---

(1) Nell'assegnare al gruppo delle malattie riportabili al meccanismo dell'infezione focale le forme seguenti: forme a tipo reumatico e artritico in genere comprese sciatiche, miositi, endocarditi, ecc., ulcera gastrica e duodenale, appendicite, colecistite, colite (?), nefriti, sinusiti, mieliti, meningoradicolite, corea, malattie oculari (iridocicliti, neuriti ottiche) intendiamo naturalmente riferirci all'opinione già nettamente espressa dalla scuola di Rosenow in America e da quella di Pässler in Germania.

5) pazienti maggiori di 50 a. con tonsille normali e senza malattie del gruppo;

6) pazienti maggiori di 50 a. con malattie del gruppo e tonsillopatici.

Orbene dall'esame riassuntivo delle nostre tabelle risulta che nel primo gruppo, su 41 soggetti, minori di 50 a. considerati normali dal lato focale, vi sono 5 che hanno la prostata anormale per volume e consistenza; è da sottolineare che tutti cinque questi casi sono contrassegnati con un +, (fra i quali c'è un soggetto che ha nei precedenti lontani una blenorragia) e che non c'è nessuno con + +.

Quindi *su* 41 *soggetti sani dal lato focale abbiamo il* 12 % *di prostate* interessate (e non fortemente interessate).

Nel secondo gruppo (minori di 50 a., tonsillopatici senza localizzazioni) su 20 soggetti esaminati, 12 hanno la prostata interessata di cui 3 fortemente interessata (+ +) *cioè il* 60 % dei casi.

Nel terzo gruppo: minori di 50 a. non tonsillopatici ma con malattie del gruppo: su 20 soggetti 9 hanno la prostata alterata cioè il 45 % dei casi.

Nel quarto gruppo (minori di 50 a., tonsillopatici con malattie del gruppo focale), su 55 pazienti furono trovate 39 prostate interessate (fra le quali vediamo 4 : + —
13 : +
e ben 22 : + +)
cioè una percentuale *del 70* % dei casi. In questo stesso gruppo su 55 pazienti, 45 sono contemporaneamente tonsillopatici (60 %) (avendo gli altri 10 la tonsillite nei precedenti).

Nel quinto gruppo, soggetti superiori ai 50 a., sani dal lato focale: vediamo che su 11 soggetti 5 hanno la prostata interessata (comprendendo, un : + —, 2 +,
2 : + +)
cioè nel 45 % dei casi.

Nel sesto gruppo: maggiori dei 50 a. tonsillopatici e con malattie del gruppo: su 17 soggetti esaminati: 15 hanno la prostata interessata: fra i quali vediamo:

(3 con + e

12 con + +) cioè una percentuale dell'*88* % di prostate interessate.

Raggruppando il primo ed il quinto gruppo (soggetti sani dal lato focale) senza distinzione di età: si vede che la prostata è interessata nel *19,2* % dei casi, mentre nei soggetti tonsillopatici e con malattie del gruppo focale (senza distinzione di età) si vede che la prostata è interessata nel *75* % dei casi.

Da questi risultati emerge chiaramente per prima cosa come è molto alto il numero delle prostate alterate, in questo gruppo di 170 (1) pazienti i quali beninteso, *non hanno mai avuto disturbi locali* riferibili alla prostata o disturbi che abbiano su di essa richiamato l'attenzione, ma soffersero malattie di medicina generale. Si vede inoltre che questa frequenza non è distribuita a caso tra questi malati clinicamente non prostatici ma al contrario si nota una spiccata predilezione per alcune categorie di essi e precisamente quelli affetti da una qualunque delle malattie del gruppo, op pure da tonsillite, o meglio da ambedue queste affezioni, presentano una percentuale enormemente più alta (70 %) di quelli della prima categoria (12,6 %) affetti da malattie non riferibili all'infezione focale e non tonsillopatici.

Anche l'esame dei pazienti al di sopra di 50 a. è alquanto istruttivo perchè dimostra in essi pure una notevole differenza tra l'uno (45 %) e l'altro dei gruppi (88 %) e dimostra anche a parere mio, come almeno una parte non piccola delle cosidette *ipertrofie prostatiche* che comunemente passano per *senili* sono probabilmente dovute a quelle stesse cause qui considerate che le producono qualche volta anche nei giovani e che naturalmente nelle persone di età hanno esercitato più a lungo la loro dannosa influenza.

Ci sembra quindi dimostrata l'esistenza di un rapporto tra tonsilliti, malattie del gruppo focale sopradetto ed interessamento prostatico che va dai gradi leggeri alle vere prostatiti, (*prostatiti silenti, focali*, chiamate dagli urologi, prostatiti aspecifiche). Possiamo dire *che la prostata si comporta in questo senso in modo del tutto analogo alle tonsille.* Questi rapporti hanno per la patologia un enorme interesse a prescindere dall'accertare se la prostata patologica sia causa di malattia oppure se sia alterata in seguito ad infezioni pregresse generalmente a punto di partenza tonsillare o dentario; oppure, come ci sembra più probabile, l'una e l'altra cosa, cioè se in seguito a tali infezioni la prostata sia divenuta sede di agenti infettivi e di infiammazione cronica sua propria, capace eventualmente di dare dopo periodi anche lunghi di latenza, effetti a distanza.

Nella nostra statistica vi sono alcuni casi anche in soggetti giovani, reumatici e renali, i quali per i loro reperti obbiettivi e batteriolo-

---

(1) Otto pazienti non sono stati classificati perchè in parte blenorragici in atto in parte leucemici.

gici hanno particolare interesse (saranno riportati nel lavoro *in extenso*), sia dal lato prognostico che terapeutico.

Lo studio delle nostre tabelle conferma anche i rapporti già dal Pässler descritti tra malattie generali e tonsille. Infatti su 70 malati senza affezioni riferibili ad infezione focale abbiamo trovato tonsille patologiche nel 27,14 % dei casi, mentre negli altri 92 nel 59,68 %.

In definitiva su 92 malati del gruppo, 36 devono l'associazione della loro malattia con la affezione tonsillare, non già ad una semplice coincidenza ma ad un rapporto causale ed è interessante che questo vale nella medesima misura, anzi lievemente maggiore, per il gruppo delle affezioni addominali nelle quali non si è abituati come per le reumatiche a trovare una tonsillopatia concomitante.

Infatti vediamo che su 170 ammalati presi a caso fra quelli degenti in clinica e quelli di ambulatorio, vi sono 35 addominali, per lo più ulcere gastroduodenali.

Di questi: 22 sono tonsillopatici = 62,85 %
13 non lo sono = 37,14 %

In conclusione i 2/3 degli addominali presentano tonsille patologiche. Come si vede dalla letteratura sulle infezioni focali e dagli articoli dei vari AA. pro e contro alla tonsillectomia, esiste una grande variabilità nel giudizio obbiettivo sulle tonsille.

Infatti mentre alcuni AA. hanno trovato percentuali del 27-30 % di tonsille patologiche in mezzo alla popolazione dei sani, altri danno il 50 % e non è mancato chi ha detto che tutte le tonsille degli adulti europei sono patologiche. Nella statistica da me eseguita le cifre riportate dimostrano che ho seguito il criterio piuttosto ristretto e cioè ho considerato patologiche quelle tonsille che evidentemente sarebbero state giudicate tali da chiunque. Perciò molto probabilmente le statistiche che potrebbero fare altri AA. differiranno dalla mia quanto alle percentuali assolute (appunto per l'elasticità del concetto obbiettivo di tonsilla patologica) ma non dovrebbero differire, se le osservazioni sono fatte dallo stesso A., i rapporti fra percentuale di tonsillopatici nei malati e percentuale nei sani.

La nostra ricerca ci sembra quindi persuasiva in quanto conferma un rapporto tra prostata ed un gruppo di malattie organiche e tonsillopatia e mostra una frequenza, insospettata, di compromissione prostatiche in soggetti che non sarebbero stati presi in considerazione dal punto di vista prostatico.

Meno significativi sono stati i nostri risultati di natura batteriologica. Gli AA. che ci hanno preceduto (quelli sopranominati) hanno creduto di dare importanza al semplice reperto di germi, nel liquido prostatico, alcuni affermando anche correntemente che tali streptococchi sono gli stessi delle tonsille.

In realtà le mie ricerche non concordano coi precedenti risultati perchè la semplice presenza nel succo prostatico di tanti germi quanti sono sufficienti per far nascere culture è molto frequente. Quello che invece ha interesse è il numero di germi; numero che si può valutare usando i *terreni solidi* ed in anaerobiosi perchè la maggior parte di questi germi sono anaerobi. Infatti mentre non è raro trovare in 2-3 goccie di liquido prostatico anche 100 colonie in certi casi ne furono trovate anche parecchie migliaia. Non ho però veduto un vero e costante parallelismo tra grossezza prostatica e numero dei germi, nel senso che il liquido delle prostate ingrossate ha mostrato frequentemente tanti germi quanto quello delle prostate non ingrossate, e ciò fa pensare che non esista una netta relazione fra volume della prostata e carica di germi in essa contenuti, in quanto anche prostate non ingrossate o poco ingrossate possono contenere molti germi. Dobbiamo però rilevare che i casi nei quali da 2-3 goccie di liquido si ebbero alcune migliaia di colonie, appartenevano al gruppo delle prostate patologiche in soggetti con foci specie tonsillari e dentari e con affezioni del gruppo focali, nefriti, artriti croniche. Da notare che fra i casi esaminati e trovati a prostata notevolmente ingrossata, dura e molto ricca di streptococchi c'era pure un morbo di Basedow iniziato dopo una stomatite e faringite.

Il succo prostatico ottenuto con spremitura della ghiandola, dopo aver fatto urinare il soggetto, previo lavaggio esterno con permanganato, era insemenzato, in terreni solidi ed in anaerobiosi (agarcervello). All'inizio delle ricerche si facevano anche lavaggi dell'uretra ma poi si è visto che praticamente sono superflui. Il succo prostatico era esaminato anche microscopicamente e qualche volta quando proveniva da prostate patologiche, mostrava di contenere moltissimi leucociti, anche in ammassi, ciò che nel succo prostatico normale non avviene di trovare.

In questi casi patologici (trattavasi di artriti croniche, nefriti croniche, ulceri duodenali) si coltivavano dal succo migliaia di colonie streptococciche.

Anche questi reperti di ricchezza di germi e di polinucleati neutrofili nell'interno di una ghiandola di per sè situata profondamente e senza facile drenaggio, mostrano come questa

possa agire da *focus* ed in questo senso la avvicinano alle tonsille.

È evidente che le ricerche batteriologiche così dirette daranno un risultato veramente probativo quando saranno fatte in un grandissimo numero di casi.

Un altro punto interessante è quello della identità fra germi tonsillari e prostatici. Naturalmente tale identità non va affermata sulla base di una somiglianza morfologica. La prova tassativa è quella della corrispondenza sierologica. Inoltre crediamo che la mancanza di corrispondenza sierologica tra due stipiti di streptococchi non sia prova contraria alla loro comune origine perchè gli streptococchi come risulta da ricerche di questa scuola (Lusena per l'oculotropismo sperimentale, Chini-Magrassi per l'artrotropismo sperimentale, Corelli per il neurotropismo sperimentale, Pozzi per la biliofilia sperimentale) vivendo più o meno lungamente in determinati tessuti cambiano la loro identità sierologica. Ammettiamo perciò la comune origine, anche in assenza di detta identità, se altri motivi lo consentono per es. una enorme ricchezza di streptococchi nell'urina, che di solito ne contiene pochi, in occasione di una tonsillite acuta o nei casi di tonsilliti croniche (su questo argomento mie ricerche di prossima pubblicazione). Comunque io ho potuto constatare in alcuni casi fra cui una nefrite cronica ipertensiva la corrispondenza sierologica fra i germi prelevati dalle tonsille e quelli ottenuti dal liquido prostatico.

Almeno in certi casi è dunque anche dimostrato come tonsilla e prostata siano come due stazioni percorse dal medesimo germe.

* * *

Ringrazio vivamente il prof. Lusena per i consigli che mi ha dato durante lo svolgimento di queste ricerche.

Roma, agosto 1933.

RIASSUNTO E CONCLUSIONI

L'A. ha preso in esame 170 pazienti affetti da varie malattie appartenenti o meno al gruppo di quelle secondo noi presumibilmente riferibili ad infezione focale, rilevando in ciascuno di essi, la malattia attuale, l'anamnesi prossima e remota, lo stato della prostata e quello delle tonsille. Ha visto come negli individui affetti da una forma del gruppo focale o da tonsillite cronica o ancor più da ambedue le affezioni, pur mancando qualsiasi disturbo di carattere locale, la prostata presenta un aspetto anormale in una percentuale molto alta (nell'ultima condizione) del 70 %, mentre questo si verifica solo nel 12 % e in grado lieve nelle persone non affette da tali malattie del gruppo focale.

Possiamo perciò ritenere che analogamente a quanto già è stato visto per le tonsille ed anzi in grado maggiore, anche l'aumento di volume o di consistenza della prostata, verosimilmente di carattere infiammatorio cronico, è in relazione molto frequente con tali malattie.

Osservazioni batteriologiche intese a dimostrare non solo la presenza di germi, specialmente streptococchi nel liquido prostatico ma sopratutto il numero di essi, hanno mostrato che: 1) il reperto di germi è frequente in quasi tutte le prostate; 2) non sempre le prostate patologiche si mostrano più ricche di germi di quelle *apparentemente* sane.

È tuttavia da ricordare che quelle a liquido ricchissimo di streptococchi appartenevano al gruppo delle prostate patologiche in soggetti con foci cronici (tonsillari-dentari) e con malattie del gruppo focale.

Appare chiara, nello studio e nella ricerca dei vari foci, l'importanza dell'esame della prostata.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALI RIUNITI DI VERONA
IST. ANATOMO-PAT. diretto dal prof. F. SOPRANA.
OSPEDALE DI TREGNAGO (VERONA)
REPARTO CHIRUR. diretto dal dott. E. FIORINI.

Su la disinfezione della cute dell'operando col "verde malachite".

(Contributi sperimentali. Applicazioni pratiche).

Dott. E. FIORINI.

Parlare di disinfezione del campo operatorio può sembrare, oggidì, cosa superflua quando è di generale ammissione che, mercè l'uso di semplici procedimenti (quale il metodo Grossich), la relativa sterilizzazione che si ottiene della pelle è più che sufficiente ad una perfetta cicatrizzazione della ferita operatoria. Non v'è però, metodo, per quanto ingegnoso, pratico economico, innocuo, che si possa considerare assolutamente soddisfacente; esiste sempre un lato debole, una deficienza che ci spinge a nuove ricerche dirette alla conquista di altri metodi che offrano requisiti di maggior praticità, garanzia, innocuità ed economia.

Così si spiegano tutte le modificazioni del metodo quasi sempre, però, di gran lunga inferiori all'originale; e se talune trovano ancora qualche sostenitore, altre sono ormai

completamente (ed a ragione) abbandonate. Ricorderemo a tal proposito soltanto le migliori: alcool denaturato e tannino (Dialti), alcool ed acido picrico (Fontana), alcool e timolo al 5 % (König, Hoffmann, Arcangeli, Monzardo), alcool ed acetone (Herff), alcool e formolo (Hayem), alcool e canfora (Robinson), alcool metilico e bicloruro di mercurio (Clarke), alcool e clorotimolo (Fossati), alcool, etere, lisolo (Merletti e Calcaterra), alcool, glicerina, jotione (Delimberti).

Tutte basate sulla presenza di alcool per cui non ci si può esonerare dal pensare che sia precisamente (ed unicamente) tale sostanza quella a cui si deve il potere disinfettante della miscela. Ed a tal proposito ricorderemo che già dalle ricerche di Bucholz, Minervini, Scheling e Gould, Pellegrini e molti altri risultò essere il potere disinfettante dell'alcool non inferiore a quello delle sopraricordate composizioni.

Il metodo Grossich alla tintura di jodo, invece, come quello che possiede i maggiori requisiti di praticità e sicurezza non è stato finora scalzato da alcun altro procedimento. Ma anche tale metodo non è scevro di inconvenienti; ricorderemo, anzitutto, che la sublimazione dello jodo, anche se limitata (ciò che avviene con soluzioni fresche e correttamente preparate) può disturbare gli operatori quando soffrano di una particolare sensibilità delle mucose e sopratutto delle congiuntive. Se, poi, la soluzione usata è vecchia o tenuta in recipienti ed in luoghi inadatti la formazione di acido iodidrico e la conseguente sublimazione dell'elemento avviene in tal proporzione da disturbare in modo eccessivo gli operatori. Non sempre sono sufficienti le modificazioni proposte per evitare l'inconveniente come l'aggiunta di acido jodico all'1 % (Gaglio) e di joduro di potassio, oppure l'uso di alcool di grado inferiore ai novanta.

Ma l'inconveniente che più ci fa desiderare una sostituzione, od almeno una modicazione, del metodo Grossich è la molesta irritazione che la tintura esercita in certe parti del corpo (scroto, palpebre, vagina ecc.). In taluni individui, inoltre, particolarmente sensibili allo jodo, la ferita operatoria viene disturbata nel suo processo di cicatrizzazione da fatti di irritazione dell'epidermide manifestantisi sotto forma di una più o meno estesa vescicazione. Forse certe mancate guarigioni per prima devono riconoscere come causa tale vescicazione che, indubbiamente, può essere capace di far rifiorire in superficie germi seppelliti dal procedimento disinfettante. Si possono così spiegare certe inspiegabili suppurazioni in campi operatori abbondantemente trattati con tintura di jodo a forte concentrazione e con alcool di grado elevato.

Oggidì si tende a vedere il problema in modo non eccessivamente unilaterale; accanto alla necessità di una sufficiente distruzione degli elementi batterici si ritiene sia da tenere in conto la opportunità di mantenere integro l'ambiente su cui il disinfettante agisce. Per cui si è attualmente più propensi all'uso di tinture meno concentrate ed all'alcool di gradazione media. Nella pelle sottoposta ad una accurata pulizia e successivamente disinfettata anche con soluzione a debole concentrazione sono isolabili, secondo Noguchi, quasi esclusivamente stafilococchi del genere albus sforniti di potere patogeno. Soltanto eccezionalmente i germi superstiti dopo disinfezione sono capaci di provocare suppurazione. Secondo il Mirolli, che ha saggiato con la prova di Dreyer le facoltà patogene degli stafilococchi della cute, questi sarebbero effettivamente nocivi una volta su venti. Tali favorevoli condizioni possono mancare se il disinfettante determina una irritazione della cute, una vescicazione che abbassi le difese epidermiche ed esalti il potere patogeno di germi altrimenti innocui.

Ma se noi riduciamo la concentrazione delle soluzioni di jodo fino ad escludere con sicurezza ogni loro azione irritante possiamo arrivare a sopprimere uno dei requisiti di non indifferente importanza del metodo Grossich: la colorazione della zona di cute disinfettata. Senza contare che, mentre da un lato non arriviamo con soluzioni troppo deboli ed alcool di grado troppo basso a togliere completamente l'irritazione molesta su parti sensibili come i genitali esterni, dall'altro lato non siamo con tali accorgimenti più sicuri della richiesta sterilizzazione.

***

Scopo delle nostre esperienze è stato appunto quello di ricercare un disinfettante che possa sostituire la tintura di jodo quando speciali condizioni lo esigano (disinfezione di parti sensibili in individui particolarmente intolleranti). Abbiamo cercato, perciò, una sostanza che, aggiunta all'alcool di bassa gradazione, potesse aumentarne notevolmente il potere disinfettante in maniera che il procedimento, pur avendo tutti i requisiti del metodo Grossich, non presentasse di questo i sopraricordati inconvenienti.

Da molti anni (1880) si parla delle proprietà

battericide dei colori di anilina (Koch, Behring). Nel 1914 Isabolinsky e Smolian stabilirono che il cristalvioletto ed il verde malachite appartengono alle sostanze coloranti che più intensamente sono capaci di opporsi allo sviluppo dei germi; precisarono, inoltre, che i germi più resistenti a questi colori sono il bacillo del tifo ed il bacterium coli.

Bakkal potè constatare che il verde malachite ed il verde brillante, in soluzioni all'1/4000, uccidono in 5 m' gli stafilococchi. Il bacterium coli richiede invece soluzioni all'1/300, 1/400.

Gabritschewsky trovò che il verde malachite all'1/4000 impedisce lo sviluppo del b. antracis.

Secondo Leoni tutte le sostanze coloranti del gruppo del verde hanno potere inibitore sullo sviluppo del b. coli ma più di tutti il verde alcalino ed il verde china.

Lewzoff e Batanoff hanno sperimentato, in vitro, l'azione battericida del verde brillante, verde malachite, verde metile, blue metile, cristalvioletto contro gli stafilococchi, streptococchi, pneumococchi, b. coli, b. piocianeo, b. proteum, b. rinoscleroma. Dalle loro ricerche risulta che la magfiore azione battericida viene esercitata dal verde malachite. Una soluzione all'1/2000 d itale sostanza è capace di uccidere gli stafilococchi mentre una soluzione all'1/4000 ne impedisce lo sviluppo. I pneumococchi richiedono soluzioni all'1/100; il b. coli, b. proteo, b. piocianeo, b. rinoscleroma esigono soluzioni che vanno dalla concentrazione dell'1/400 all'1/2000. Viene in seconda linea, come potere battericida, il cristalvioletto. Di più scarsa attività sono gli altri. I colori di anilina, in virtù di tale loro potere battericida sono stati proposti come disinfettanti nelle malattie della pelle, degli occhi, e vennero anche usati per la sterilizzazione del catgut. Non sappiamo se essi siano stati, altra volta, proposti per la disinfezione del campo operatorio.

Per quanto riguarda la loro innocuità ricorderemo soltanto le ricerche di Kosdobe e Coopermann che iniettarono intraperitonealmente nelle cavie e nei conigli forti dosi di verde brillante e verde malachite senza determinare apprezzabili lesioni. Questi Autori iniettarono pure miscele di verde con colture di piogeni senza che gli animali, così trattati, ne risentissero alcun danno mentre i controlli morivano. I colori di anilina presentano inoltre il vantaggio della maggior durata. Ci siamo proposti di studiare la loro pratica applicazione nel campo della disinfezione preoperatoria ed all'uopo abbiamo istituito le seguenti prove:

Esperienza I. — Si tingono abbondantemente i palmi delle mani di un individuo qualunque, a destra con tintura di jodio all'1/10, a sinistra con una soluzione all'1/100 di verde malachite in alcool a 90°. Le mani così disinfettate vengono immediatamente ricoperte con garza sterile per evitare inquinamenti con l'ambiente esterno. Dopo 10 m' si mettono a contatto con le parti sterilizzate gli orli, pure sterilizzati, delle provette contenenti agar sciolto, brodo, gelatina, rovesciando le provette replicatamente in maniera che i terreni di coltura vengano e permangano più volte a contatto con la cute sterilizzata. Dopo 24 ore (per il brodo e l'agar) e 3 giorni (per la gelatina) si leggono i seguenti risultati:

Cute disinfettata con tintura di jodo al 10 %:
- Brodo: non intorbida;
- Agar: 1 colonia stafilococco albo;
- Gelatina: 2 colonie stafilococco albo.

Cute disinfettata con soluzione di verde malachite all'1 % in alcool a 90°:
- Brodo: intorbida;
- Agar: 2 colonie stafilococco albo;
- Gelatina: 3 colonie stafilococco albo ed aureo.

I germi coltivati, tanto quelli provenienti dalla mano destra come quelli provenienti dalla mano sinistra vengono sottoposti alla prova di Dreyer, vengono, cioè, allestite di questi germi brodoculture di 24 ore delle quali si prelevano due ansate che, stemperate in 1 cc. di brodo sterile, si iniettano nell'articolazione del ginocchio di un coniglio di media taglia. Se la prova è positiva, se cioè il germe è patogeno, si sviluppa entro il secondo, terzo giorno un'artrite suppurativa. Tutti i germi isolati nell'esperienza hanno risposto negativamente alla prova di Dreyer.

Esperienza II. — Uomo di 53 anni. Operazione per ernia inguinale, in narcosi eterea, il campo operatorio viene disinfettato per metà con tintura di jodo e per metà con soluzione all'1 % di verde malachite in alcool a 90°. Ricoperto subito il campo operatorio con pannolino sterile si procede dopo 10 m' all'intervento nella prima fase del quale si asportano due lembetti di cute: uno dalla parte tinta con soluzione iodica, l'altro con la parte tinta con verde malachite. I due lembi cutanei vengono posti in capsule di vetro sterilizzato a secco. Ultimato l'intervento si procede allo spezzettamento rapido, con strumenti sterilizzati a secco, dei lembetti asportati ed all'insemenzamento degli stessi in agar fuso. Dopo 24 ore si leggono i seguenti risultati:

Lembi di pelle sterilizzata con tintura di jodo al 10 %:
- 4 colonie stafilococco albo.
- 2 colonie stafilococco aureo.

Prova di Dreyer: negativa.

Lembi di pelle sterilizzata con soluzione di verde malachite all'1 % in alcool a 90°:
- 5 colonie stafilococco albo;
- 2 colonie stafilococco aureo.

Prova di Dreyer: negativa.

Esperienza III. — Si disinfetta abbondantemente il palmo della mano destra di un individuo qualunque, con una soluzione acquosa satura di verde malachite. L'insemenzamento dei terreni di coltura viene eseguito con le modalità dell'esperienza I, tanto nella mano tinta col verde come nell'altra che non subì alcun trattamento. Dopo 24 ore si leggono i seguenti risultati:

Cute disinfettata con soluzione acquosa satura di verde malachite:
Brodo: non intorbida;
Agar: 4 colonie stafilococco albo e aureo;
Gelatina: b. fluidificans.
Prova di Dreyer: negativa.
Cute non disinfettata:
Brodo: intorbida;
Agar: innumerevoli colonie stafilococchi, streptococchi e grossi cocchi non identificabili;
Gelatina: id. id.
Prova di Dreyer: positiva.

ESPERIENZA IV. — La mano destra di un individuo qualunque viene tinta con una soluzione al 5 % di verde malachite in alcool a 90°. La mano sinistra dello stesso individuo viene disinfettata con alcool puro a 90°. Insemenzamenti come nell'esperienza I. Risultati dopo 24 ore e 3 giorni:
Cute disinfettata con soluzione al 5 % di verde malachite in alcool a 90°:
Brodo: non intorbida;
Agar: 3 colonie stafilococco albo;
Gelatina: 4 colonie stafilococco albo e aureo.
Prova di Dreyer: negativa.
Cute disinfettata con alcool a 90°:
Brodo: non intorbida;
Agar: 2 colonie stafilococco albo;
Gelatina: 4 colonie stafilococchi; 1 colonia streptococchi.
Prova di Dreyer: negativa.

ESPERIENZA V. — Si ripete l'esperienza precedente con la seguente variante: la soluzione di verde malachite ha una concentrazione all'8 % in alcool a 60°. Risultati dopo 24 ore e dopo 3 giorni:
Cute disinfettata con soluzione all'8 % di verde malachite in alcool a 50°:
Brodo: non intorbida;
Agar: 2 colonie stafilococco albo;
Gelatina: 3 colonie stafilococco albo.
Prova di Dreyer: negativa.
Cute disinfettata con alcool a 90°:
Brodo: non intorbida;
Agar: 3 colonie stafilococco albo e aureo;
Gelatina: 4 colonie stafilococco albo e aureo.
Prova di Dreyer: negativa.

ESPERIENZA VI. — Si ripete l'esperienza precedente ma con una soluzione al 10 % di verde malachite in alcool a 40°. Risultati dopo 24 ore e dopo 3 giorni:
Cute disinfettata con soluzione al 10 % di verde malachite in alcool a 40°:
Brodo: non intorbida;
Agar: sterile;
Gelatina: 1 colonia stafilococco albo.
Prova di Dreyer: negativa.
Cute disinfettata con alcool a 90°:
Brodo: non intorbida;
Agar: 3 colonie stafilococco albo;
Gelatina: 5 colonie stafilococco albo e aureo.
Prova di Dreyer: negativa.

Applicazioni pratiche del metodo. — Vengono sottoposti 5 individui, di cui uno dell'età di 74 anni ed uno dell'età di 65 anni, ad interventi operatori vari, previa disinfezione della cute con una soluzione al 10 % di verde malachite in alcool a 50° in analgesia percainica per infiltrazione. Tutti gli operati guariscono per prima intenzione. Al levare dei punti di sutura cutanei si può constatare che le ferite operatorie non presentano il minimo segno di sfaldamento epidermico, arrossamento o vescicazione; hanno confrontate con quelle appartenenti ad individui disinfettati col metodo Grossich, un aspetto decisamente migliore.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI.

L'esperienza I^a ha messo in evidenza come la tintura di jodo al 10 % abbia potere disinfettante modicamente più marcato che una soluzione all'1 % di verde malachite in alcool a 90°. Lo stesso risultato si ottiene se (esperienza II^a) i terreni di coltura vengono insemenzati con frammenti di cute disinfettata nella stessa maniera.

L'esperienza III^a ci mostra il non indifferente potere disinfettante di una soluzione semplicemente acquosa satura di verde malachite; la quale constatazione ci permette di dedurre che nelle soluzioni alcooliche di verde malachite il potere disinfettante è dovuto anche alla sostanza colorante.

Quanto sopra è comprovato indirettamente dall'esperienza IV^a: dai risultati di questa si può, infatti, concludere che una soluzione a debole concentrazione, in alcool ad elevata gradazione, ha potere disinfettante pressochè uguale a quello dell'alcool dello stesso grado e senza aggiunta di altre sostanze.

Se invece, come abbiamo fatto nell'esperienza V^a e VI^a, si diminuisce la gradazione dell'alcool e si aumenta la concentrazione della soluzione di verde malachite eleviamo notevolmente il potere disinfettante della soluzione superando quella dell'alcool a forte gradazione e forse anche quello della tintura di jodo.

La prova di Dreyer è risultata negativa per tutti i germi isolati nella cute sterilizzata con i vari metodi. Tale prova si è mostrata un ottimo mezzo per saggiare il potere patogeno dei germi stessi.

Come corollario delle sopraesposte constatazioni sperimentali crediamo poter arrivare alle seguenti conclusioni:

I. Il verde malachite è dotato di un notevole potere battericida.

II. Una soluzione alcoolica di verde malachite a concentrazione uguale a quella della tintura di jodo e con alcool d'elevato grado ha potere disinfettante lievemente inferiore a quello della tintura di jodo.

III. Il potere battericida delle soluzioni di verde malachite aumenta con l'aumentare della concentrazione e, fino ad un certo limite, col diminuire del grado alcoolico.

IV. La soluzione di verde malachite più adatta alla disinfezione della cute degli operandi (dotata, cioè. del maggior potere battericida e sprovvista di ogni azione irritante) ha concentrazione non inferiore al 10 % in alcool a 40°.

V. Nella totalità dei casi, tanto dopo disinfezione con verde malachite quanto con tintura di jodo, i germi rimasti nella cute hanno risposto negativamente alla prova di Dreyer non sono, cioè, capaci di provocare fatti suppurativi.

VI. Con la disinfezione preoperativa al verde malachite la cicatrizzazione della ferita decorre più tranquillamente essendo, con tale mezzo, eliminati tutti quei fatti irritattivi che talvolta si osservano con la tintura di jodo. Nella disinfezione di parti molto sensibili, come i genitali esterni, la soluzione di verde malachite (data la bassa gradazione dell'alcool) evita ogni molesta irritazione.

Se a quanto sopra è stato esposto aggiungiamo che la soluzione di verde malachite si altera meno facilmente e che non provoca moleste evaporazioni, ci lusinghiamo di poter affermare che (quando la efficacia disinfettante di questa sostanza verrà ancor più confermata da ulteriori prove operatorie) l'applicazione di questo metodo di sterilizzazione della cute dell'operando potrà venir presa nella dovuta considerazione.

***

Esprimiamo la nostra riconoscenza al prof. F. Panini, incaricato di Tecnica Farmaceutica nella R. Università di Modena, per i consigli e schiarimenti che, gentilmente, ha voluto fornirci.

RIASSUNTO.

L'A. ha confermato, sperimentalmente, il potere battericida del verde malachite in soluzione alcoolica. Tale potere aumenta con l'aumentare della concentrazione e, fino ad un certo limite, con l'abbassarsi del grado alcoolico della soluzione. Praticamente ha sperimentato tale metodo nella disinfezione del campo operatorio; soluzioni di verde malachite al 10 % in alcool a 40° hanno efficacia pari alla tintura di jodo e non presentano gli inconvenienti di questa. I germi isolati dopo disinfezione con verde malachite hanno risposto negativamente alla prova di Dreyer, mostrandosi così sprovvisti di ogni potere patogeno.

BIBLIOGRAFIA.

FIORINI. Giornale di Batteriologia e Immunologia, 1933, n. 5.
GROSSICH. Zentralbl. f. Chir., 1908, n. 44; 1910, n. 21.
ISABOLINSKI e SMOLIAN. Centr. f. Bakt., Bd. LXXIII, 1914.
KAMENETSKY. Vratschebnaia Gazeta, 1930, n. 11-18.
KOSDOBE e KOOPERMANN. Chirurgisch. Ark., 1931, n. 84-90.
LEONI. Boll. Istituto Sieroterapico Mil., vol. VIII, fasc. XII.
LEWZOFF e BATANOFF. Giornale di Batteriologia e Immun., 1933, n. 3.
LIFSCHITZ. Chirurgisch. Ark., 1931, n. 96.
MIROLLI. Giornale di Batteriologia e Imm., 1931, pag. 113.
NOGUCHI. Arch. f. Klin. Chir., vol. XCVI e XCIX.
PELLEGRINI. Gazzetta Int. di Med. Chir. Interessi profess., 1912, n. 38.
PEREZ. *Le malattie da infezione*. Tipografia Failli, Roma, 1930.
ROMAWZEF. Vratschebnaia Gazeta, 1930, n. 11-18.
ROMEO. Giornale di Batteriologia e Imm., 1930, n.11.
SPANGARO. Accad. med. di Padova, febbraio 1910.
TIBANOWSCH. Chirurgisch. Ark., 1930, n. 78.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Semeiotica Medica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. G. BASTIANELLI.

La vertebra d'avorio - Contributo casistico.

Dott. MARIO BOTTALIGA, aiuto.

Non sono molti i casi riportati nella letteratura di addensamento osseo di una o più vertebre che non deformate, ma uniformemente dense assumono sulla negativa radiografica quell'aspetto speciale che va sotto la denominazione di vertebra d'avorio.

Nel primo caso reso noto da Souques, Lafourcade et Terris (1924) si trattava di metastasi vertebrale secondaria a scirro della mammella datante da 12 anni. V'era paraplegia e in corrispondenza della vertebra addensata un arresto del lipiodol; nel liquor linfocitosi e iperalbuminosi.

Dopo questa prima osservazione che richiamò subito l'attenzione su tale reperto, altri casi furono riportati da Sicard, Cosse, Belot, Gastaud che raccolsero tre casi di vertebre addensate secondarie a epiteliomi della mammella. Venne da tali autori posta la questione se l'esistenza di un addensamento uniforme di una o più vertebre fosse sempre segno di metastasi cancerosa.

Scorrendo la letteratura si trovano osserva-

zioni di vertebre d'avorio in casi in cui il cancro non era in causa: Alexander riporta il caso di una donna anemica, in cui l'addensamento vertebrale fu un reperto radiologico causale: non si aveva nessuna sintomatologia e si potè escludere il cancro. Crouzon, Blondel, Keusinger osservarono una vertebra d'avorio in un caso di tubercolosi polmonare ad evoluzione cronica e riportarono il fortuito reperto radiografico ad un pregresso morbo di Pott guarito. Nel caso riferito da Vincent e Grigoire si sarebbe trattato di un addensamento vertebrale in un vecchio con alterazioni osteomalaciche senili. Novè-Josserand osservò un caso in un vecchio di 67 anni che dall'età di 18 anni soffriva a crisi di dolori lombari. Papin potè seguire un caso simile con dolori lombari datanti da 18 mesi. Nel caso riferito da Olle Hulten si trattava di lesioni rarefacenti dell'osso combinate con addensamento di 2 vertebre in un caso di linfogranulomatosi. Anche Delherm riporta 2 casi, uno in un m. di Pott e uno a eziologia ignota senza sintomatologia.

Gran parte di tali casi sono clinicamente muti e il reperto radiologico della v. d'a. è stato prettamente fortuito; in altri la sintomatologia dolorosa datava da lungo tempo e si poteva escludere un tumore maligno; in altri un pregresso Pott poteva essere chiamato in causa. Secondo Sicard le v. d'a. si possono trovare in differenti affezioni e vanno divise in due categorie: In una prima vanno annoverate le vertebre non alterate nella loro forma con rapporti vertebrali normali; queste si possono incontrare nel cancro metastatico ma anche al difuori di stati cancerosi. In una seconda categoria le vertebre sono deformate a struttura più o meno regolare e si possono riportare ad una lesione cancerosa.

A noi sembra che occorra limitare la denominazione di vertebra d'avorio solo a quei casi in cui la forma e i rapporti della vertebra sono normali e questa si presenta intensamente e uniformemente opaca.

In altri casi dove vi è deformazione e alterazione dei rapporti con le altre vertebre si tratta evidentemente di processi di addensamento osseo secondari a varie cause: e questi sono i casi nei quali ha preceduto una lesione ossea tubercolare guarita appunto con un processo addensante osseo oppure si tratta di casi di metastasi cancerose ossee a tipo misto osteoplastico e osteoclastico. Anche il morbo di Paget può dare addensamenti vertebrali (caso di Barzony e Schulhof) anche come unica manifestazione della malattia.

Nel caso che esponiamo si trattava di una giovine donna che nell'estate del 1929 cominciò ad avere dolori forti al dorso che si irradiavano in avanti a cintura e alle gambe. Dopo alcuni mesi la sintomatologia dolorosa ebbe una tregua ma nel marzo 1930 riprese violenta. Indebolimento progressivo degli arti inferiori, disturbi della sensibilità e in ultimo disturbi della minzione. Nel dicembre 1930 presentava radiologicamente un addensamento uniforme della II L senza alcuna modificazione della forma e della posizione della vertebra stessa (vedi fig. 1). L'esame cl. e rad.

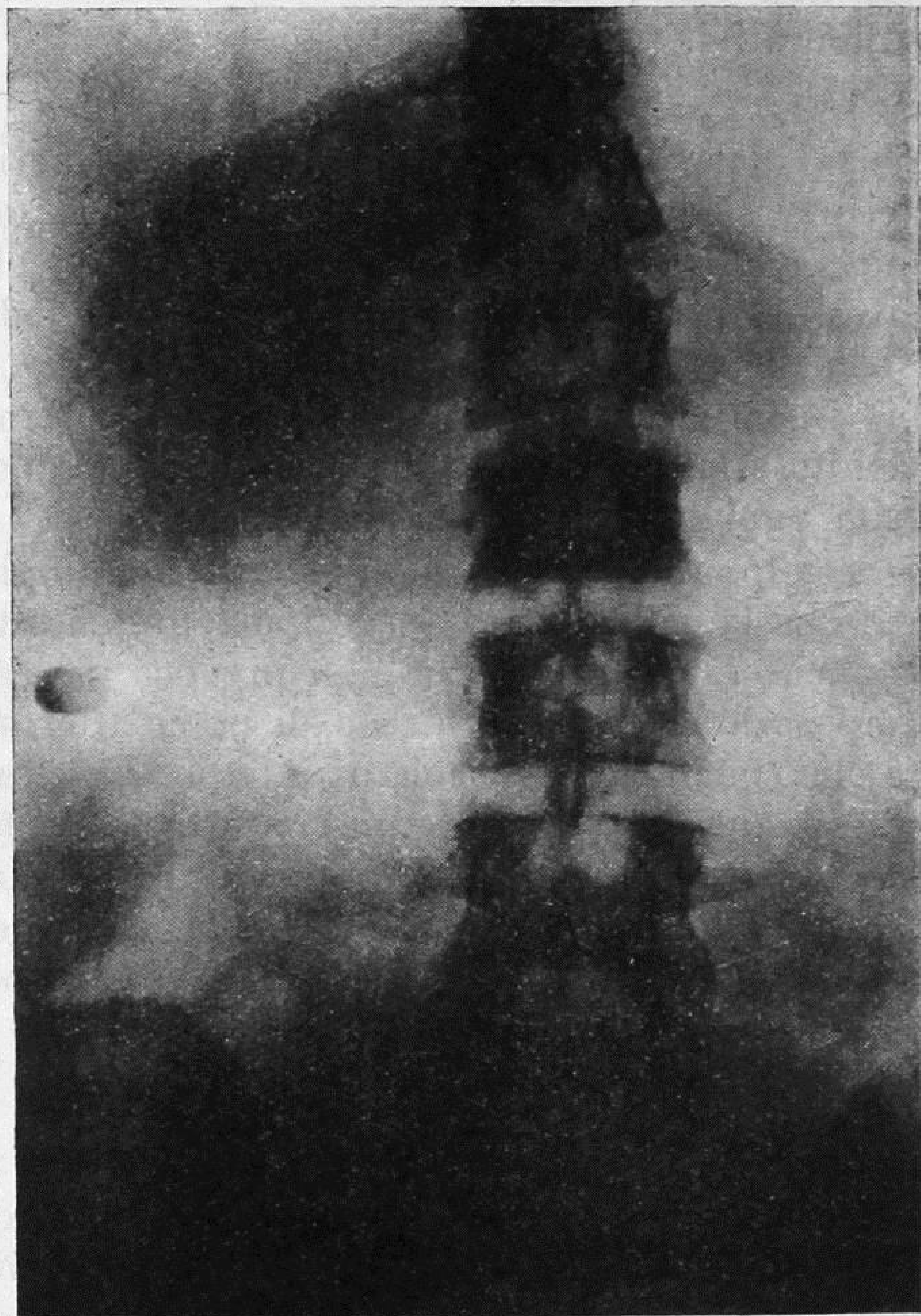


FIG. 1.

non mostrava alcun segno di tumore in nessun organo.

L'iniezione di cmc. 1,5 di lipiodol nella cisterna magna mostrava un arresto completo all'altezza della I e II lombare. Il lipiodol a malata in posizione eretta si arrestava a cono rovesciato con apice in basso sfrangiato. L'arresto si mantenne completo nei giorni seguenti. Posta la diagnosi clinica e radiologica di tumore presumibilmente primitivo della cauda equina estendentesi dalla II v. lombare in basso, la malata venne operata il 18 dicembre 1930 (operatore prof. Bastianelli). All'operazione si trovò, tolte le apofisi della II e III L., il sacco durale dilatato al disotto della I lombare e ispessito come se fosse infiammato e più sotto cioè a livello dell'arco della III lombare un ispessimento che in un punto faceva sporgenza a tumore. Era uno strato lardaceo che si potè parzialmente asportare. Tolta anche l'apofisi della IV lombare e aperta la dura si vide che questa infiltrazione si prolungava ancora in basso e sollevati i bordi della dura si vide

un blocco di tessuto neoplastico infiltrante le radici: a livello della V lombare si trovarono infiltrati anche i muscoli lunghi del dorso. Si potè asportare parzialmente la massa tumorale. Istologicamente questa è costituita da elementi cellulari contenuti in uno stroma fascicolato. Le cellule sono elementi piuttosto piccoli con scarso protoplasma, nucleo rotondo od ovale, con reticolo cromatinico poco compatto, senza atipie. Il protoplasma non ha limiti netti.

Lo stroma è costituito da un delicato reticolo che si mette benissimo in evidenza con il metodo Mallory e che circonda quasi i singoli elementi tanto fitte sono in alcuni punti le sue maglie. Si deve concludere trattarsi di un tumore derivante da tessuto reticolare specifico emopoietico (del midollo osseo) senza che i suoi elementi cellulari mostrino particolare evoluzione verso determinate forme di cellule sanguigne. Quindi è un tumore differenziato nello stroma (abbondante reticolo) indifferenziato nelle cellule (mancanti di caratteri specifici). Il tumore è privo di caratteri istologici di malignità. Volendo inquadrare questo tumore nelle classificazioni degli autori che hanno studiato tale gruppo di neoplasie si potrebbe considerare, secondo la nomenclatura di Connor, un *tumore di tipo reticolato* (prof. Vernoni).



FIG. 2

Come si vede in un caso di tumore, certamente non cancro, infiltrante anche i muscoli e le radici spinali, si aveva il reperto radiologico di una vertebra d'avorio: non abbiamo il reperto necroscopico quindi non siamo in grado di giudicare se il corpo vertebrale della II L si mostrasse addensáto per un vero processo neoplastico che lo avesse invaso. Constatiamo il fatto che una vertebra d'avorio si trovava in vicinanza di un tumore di tipo reticolato. L'arresto del lipiodol era avvenuto tra la I e la II L: ivi erano segni di flogosi meningea e ivi era per questo ostacolato il passaggio al lipiodol. Il tumore si estrinsecava più in basso a partire dall'arco della III L. La vertebra addensata era più in alto quindi del punto ove si sviluppava il tumore e le vertebre III e IV L in corrispondenza delle quali si aveva lo sviluppo infiltrante del tumore si presentavano radiologicamente normali. Ciò farebbe pensare che l'addensamento vertebrale non fosse dovuto direttamente al propagarsi del tumore, ma che si sia potuto avere come alterazione di vicinanza come Sicard ha pensato possa avvenire in alcuni casi di carcinomi.

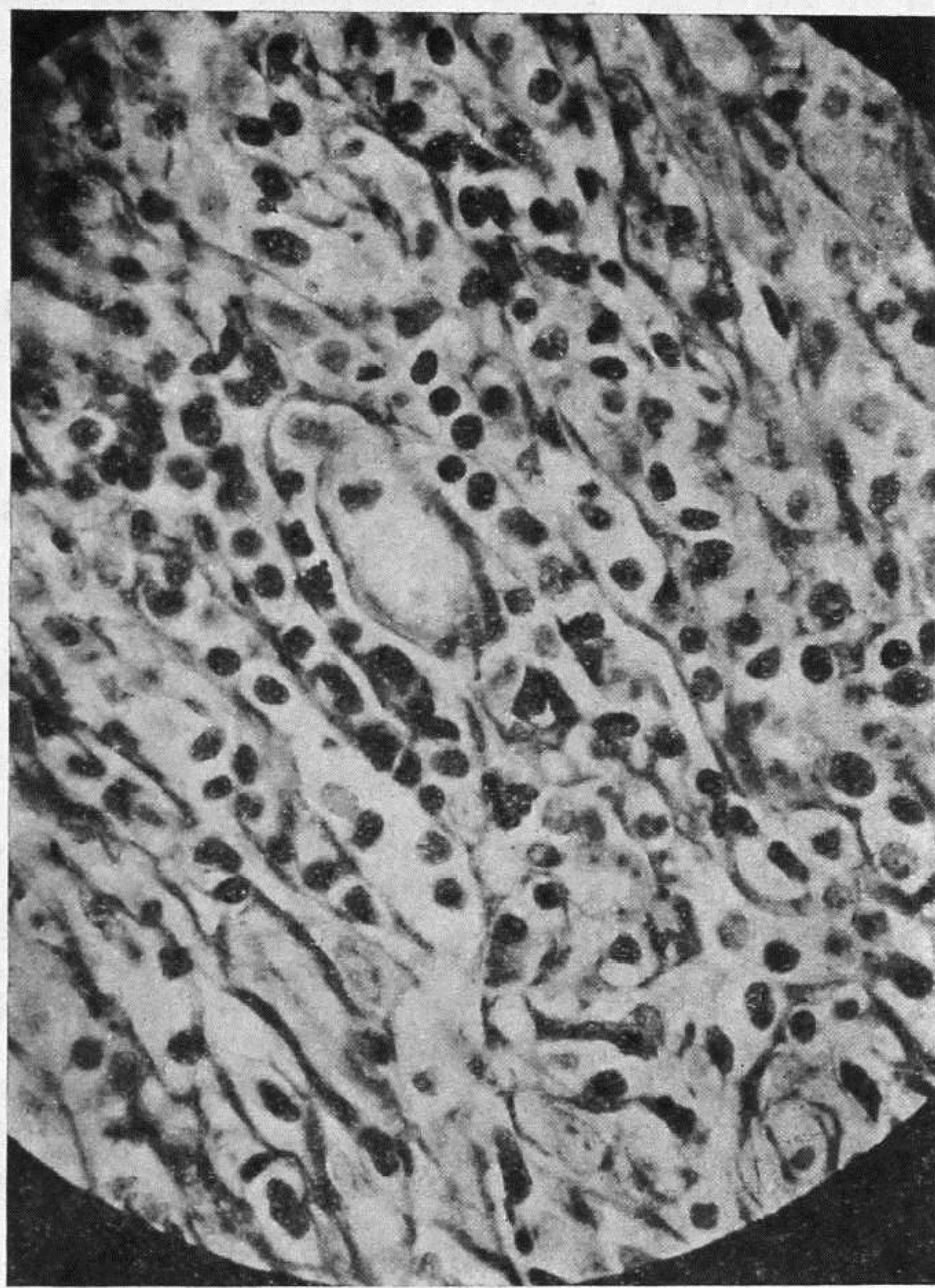


FIG. 3.

È da rilevare come in tale caso l'arresto del lipiodol è avvenuto più in alto del luogo d'inizio di sviluppo del tumore: si spiega questo con le alterazioni flogistiche delle meningi osservate e che evidentemente provocarono l'arresto dell'olio iodato.

L'arresto del lipiodol presentava in questo caso un tipo a cono rovesciato con sfioccatura

dell'apice stesso. Tale tipo di arresto è stato già da noi osservato in un altro caso nel quale l'infiltrazione delle meningi era determinata da un tessuto granulomatoso.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un reperto radiologico di vertebra d'avorio in una malata affetta da tumore infiltrante i muscoli del dorso e le meningi spinali. In corrispondenza della vertebra opaca si aveva un arresto completo del lipiodol. Il tumore non era un carcinoma, ma istologicamente era da ritenersi un tumore di tipo reticolato.

BIBLIOGRAFIA.

1. ALEXANDER. Americ. Journ. of Roentgenologie, X, n. 4, aprile 1923.
2. CROUZON, BLONDEL, KEUSINGER. Revue de Neurologie, XXXII, n. 4, aprile 1925.
3. DELHERM. Comunication au II Congr. Intern. de Radiol., Stoccolma, 1928, riportato in Revue de Radiologie, nov. 1929.
4. NOVE JOSSERAND. Société de Chirurgie de Lyon, 28 maggio 1925.
5. HULTEN OLLE. Acta Radiologica, VIII, 3, n. 43, pag. 245, 1927.
6. PAPIN. Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux, maggio 1928.
7. SICARD, COSTE, BELOT, GASTAUD. Journal de Radiologie, IX, 8 agosto 1925.
8. SICARD. Revue de Neurologie, n. 2, febbr. 1925.
9. SOUQUES, LAFOURCADE et TERRIS. Société de Neurologie, 6 nov. 1924; Revue de Neurologie, XXXII, t. 1, n. 1, 1° genn. 1925.
10. SICARD, HAGUENAM, LICHTWITZ. Revue de Neurologie, t. 1, n. 1 e 3, gennaio e marzo 1926.
11. BARSONY e SCHULHOF. Fort. a. d. Geh. d. Röntg., B. 42, H. 5.

OSPEDALE CIVILE DI GIULIANOVA.

Frattura dell'arco della V lombare con sindrome della cauda equina.

Dott. ARMANDO TATTONI
Dirigente del Gabinetto Radiologico

Se è vero che moltissime fratture del corpo vertebrale decorrono senza sintomi midollari e talvolta addirittura con una sintomatologia clinica così scarsa ed imprecisa, da essere sovente nella pratica misconosciute, confuse con le semplici contusioni e distorsioni del rachide, non può dirsi lo stesso delle fratture delle lamine e ancor più di quelle che interessano le radici dell'arco, i peduncoli, in quanto che queste si accompagnano quasi sempre a lesioni nervose spesso imponenti e di una gravità tale da giustificare molte volte la indicazione di un intervento immediato. Gli intimi rapporti di contiguità esistenti tra il midollo spinale e le sue radici con l'arco vertebrale sono certamente sufficienti a spiegare la facilità dello stabilirsi in queste fratture di tali complicazioni nervose e a darci ragione nello stesso tempo della loro gravità, la quale sarà naturalmente in dipendenza della entità della lesione del nevrasse e della sede di questa. Dalla semplice sintomatologia irritativa radicolare infatti possiamo giungere fino allo stabilirsi di una sindrome di completa sezione trasversale con tutto il corteo intermedio di una più o meno incompleta interruzione midollare.

La sede più frequente delle fratture dell'arco vertebrale è rappresentata dalla sezione cervicale, e specialmente dalle ultime vertebre di questa. Eccezionalmente è interessata la regione lombare: in questa tale lesione traumatica si riscontra più facilmente nella V vertebra, come nel caso che ho avuto l'opportunità di osservare, e che credo opportuno riferire quale contributo allo studio di questo importante capitolo della traumatologia vertebrale.

D. F. Vincenzo, di anni 23, muratore. Nulla nell'anamnesi famigliare e personale remota.

Il 27 ottobre 1931 mentre era intento a trasportare sul tetto di una casa in costruzione una trave di ferro, per evitare che questa lo colpisse sul petto (avendo essa perduto l'equilibrio e minacciando di cadere) fece un violento e brusco movimento di iperestensione della colonna vertebrale. Avverti subito un vivo dolore nella regione lombo-sacrale, il quale gli impedì ogni ben minimo movimento della colonna stessa ed anche il cammino, per cui fu dovuto essere riaccompagnato a casa. Il medico che ebbe a visitarlo subito dopo il fatto, avendo riscontrato viva dolorabilità alla pressione delle ultime vertebre lombari, rigidità della colonna in lordosi esagerata, impossibilità di qualsiasi movimento nel segmento lombare, sospettando una frattura, prescrisse l'immobilizzazione su letto rigido. Nonostante il riposo la sintomatologia non si modificò: in prosieguo anzi comparvero altri sintomi importanti, tanto che nell'aprile del 1932, epoca in cui il paziente fu visitato a scopo assicurativo, si constatò un quadro morboso che indirizzava subito verso la diagnosi di una lesione nervosa.

Il p. lamentava allora un dolore acuto in corrispondenza della regione lombo-sacrale, che non gli permetteva alcun movimento del tratto corrispondente. La stazione eretta era possibile: anzi minor sofferenza il p. provava a stare in piedi, che non nella posizione seduta; la posizione accovacciata invece non gli era assolutamente possibile. Anche la posizione orizzontale, se non era su un piano rigido, veniva poco e male tollerata.

L'alvo era normale (in precedenza vi erano stati però disturbi sfinterici); il p. invece lamentava tuttora una certa incontinenza delle urine, nonchè un indebolimento della potenza virile.

Obbiettivamente il p. si presentava di costituzione e sviluppo normale, in buone condizioni di nutrizione e sanguificazione. Nulla si rilevava all'esame dell'apparato respiratorio, cardio-vascolare e dell'addome.

L'infermo poteva liberamente camminare, anche senza appoggi: egli assumeva però nel cammino un atteggiamento rigido, mantenendosi esageratamente impettito. Nella stazione eretta si osservava la colonna vertebrale rigida in accentuata lordosi del segmento lombare con notevole rilievo delle masse muscolari lombari, le quali erano in permanente stato di contrazione. Nessuna deviazione si notava della colonna: ogni movimento di questa, attivo o passivo, era quasi impossibile, risvegliando vivo dolore sulle ultime vertebre lombari.

All'esplorazione delle apofisi spinose lombari anche col toccamento più superficiale si eccitava vivo dolore in corrispondenza della IV e V vertebra ed a livello di queste anche la pressione paravertebrale riusciva dolorosissima.

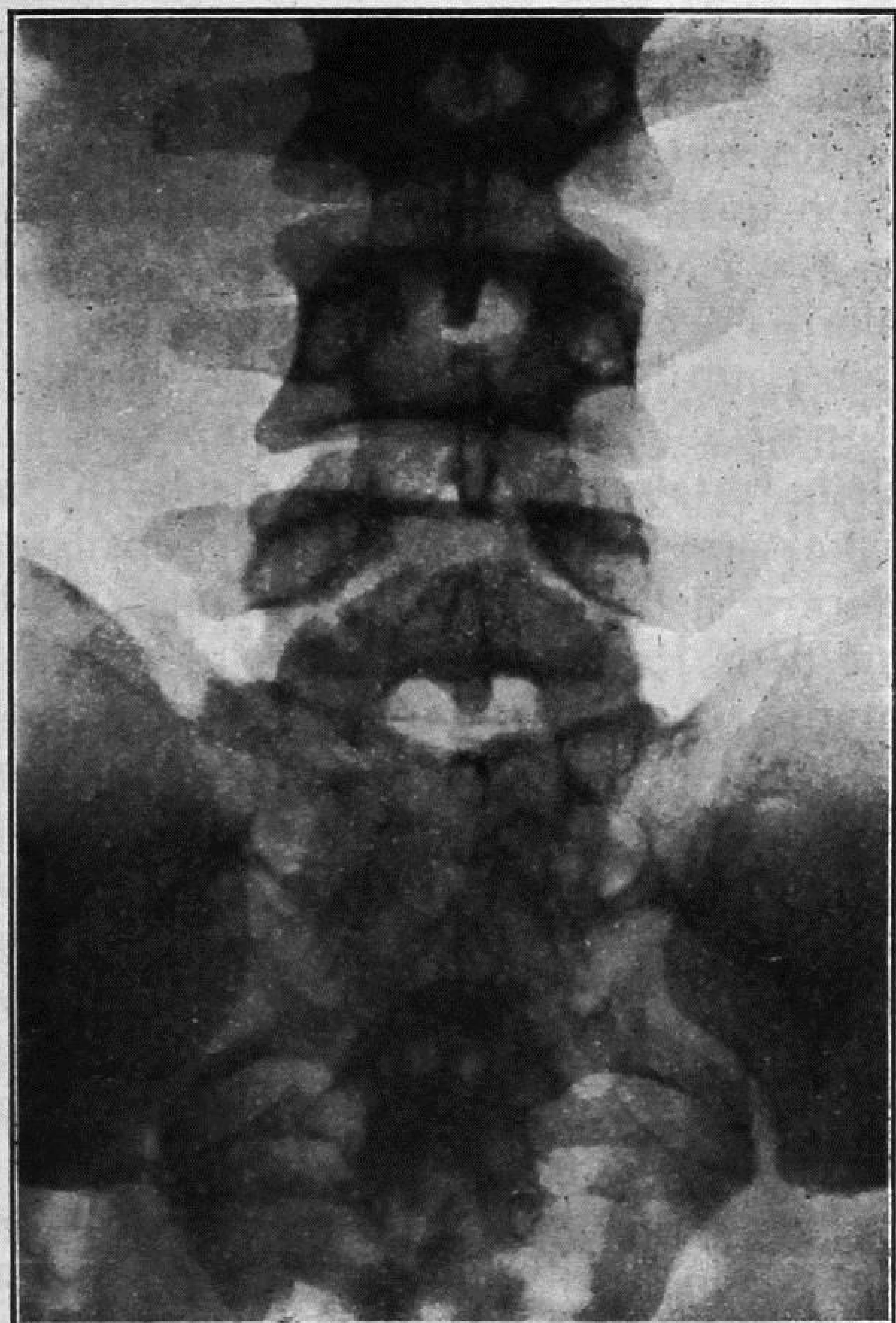


FIG. 1.

I movimenti attivi e passivi degli arti inferiori erano normali, nè si notavano atrofie muscolari e contrazioni fibrillari. Non esisteva clono della rotula e del piede: assenza del fenomeno di Babinsky e di quello di Oppenheim. Presenti i riflessi addominali e cremasterici; riflesso patellare normale, abolito invece il riflesso achilleo.

All'esame della sensibilità si notava una zona di ipoestesia ed anestesia tattile, termica e dolorifica alquanto irregolare nelle parti postero-interne delle regioni glutee e nella regione inguino-scroto-perineale.

Esame delle urine: nulla di patologico.

Esame radiologico: In proiezione antero-posteriore (fig. 1) è ben evidente a carico della V lombare una frattura completa e bilaterale delle lamine vertebrali, che viene confermata anche dalla proiezione laterale (fig. 2), la quale d'altra parte non mette in rilievo una spondilolistesi, ma solo un accentuato atteggiamento lordotico del tratto lombo-sacrale.

Dall'analisi della storia clinica suddetta due fatti, intimamente collegati tra loro, risaltano nella loro importanza: da un lato la frattura delle lamine della V^{a} lombare, documentata dall'indagine radiologica, dall'altro una sindrome nervosa i cui sintomi principali sono rappresentati da paresi dello sfintere vescicale, indebolimento della potenza virile, abolizione del riflesso achilleo con conservazione di quello patellare, zona di anestesia nella parte postero-interna delle regioni glutee e nella regione scroto-perineale. Data l'esatta conoscenza della sede della lesione traumatica vertebrale riesce agevole riportare i suddetti disturbi ad una lesione interessante la cauda equina.

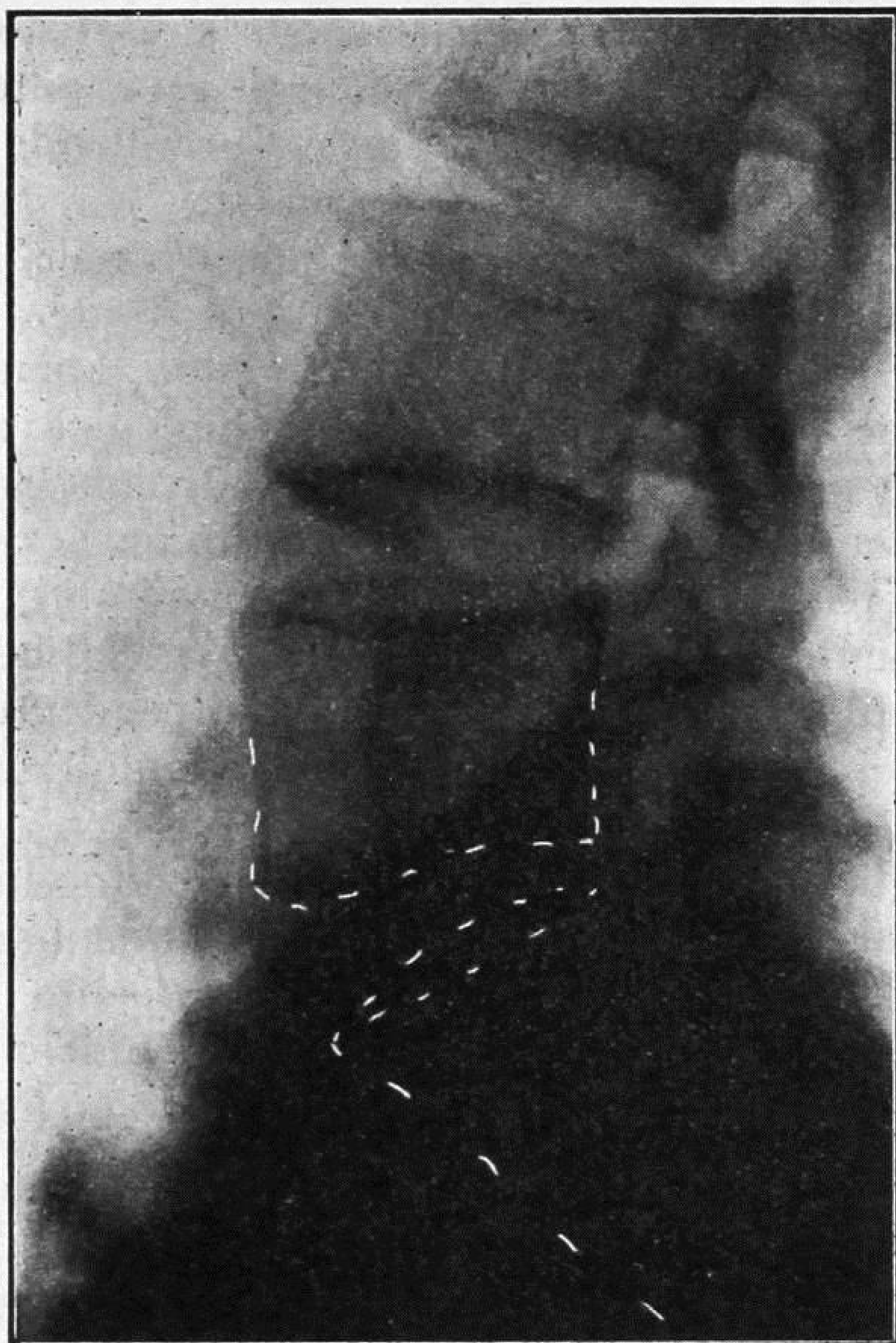


FIG. 2.

È cognito infatti che nell'età adulta l'estremo inferiore del midollo spinale raggiunge il livello tra la 2^{a} e la 3^{a} lombare, per cui la parte estrema dello speco vertebrale è occupata soltanto dalle ultime radici lombari e dalle radici sacrali, che nel loro insieme vengono a costituire un grande fascio nervoso disposto a ventaglio, la cauda equina.

Dal punto di vista clinico le lesioni della cauda possono dar luogo a sindromi differenti a seconda dell'altezza del processo morboso, per cui si distinguono schematicamente:

1) *una sindrome della cauda equina superiore*, che riflette una lesione delle radici di tutti i segmenti del midollo lombare e sacrale,

onde il quadro morboso si sovrappone quasi a quello dato da lesioni midollari. Corrisponde topograficamente alle prime quattro vertebre lombari;

2) *una sindrome della cauda equina media*, che comporta un interessamento delle radici del V° segmento lombare e dei segmenti sacrali, con una sintomatologia pressochè uguale a quella per lesioni dell'epicono. Ha rapporti topografici con la V^a^ lombare e con le prime tre vertebre sacrali;

3) *una sindrome della cauda equina inferiore*, interessante le radici degli ultimi tre segmenti sacrali, che si estrinseca con disturbi delle funzioni genito-ano-vescicali senza alterazioni della reflettività tendinea. Corrisponde topograficamente alla 4ª e 5ª sacrale.

Se la diagnosi quindi può riuscir facile, come nel nostro caso, quando si è di fronte a lesioni traumatiche della cauda equina, appunto perchè in tali casi l'indagine radiologica ci è guida preziosa ed infallibile, essa diventa estremamente difficile quando la sindrome nervosa è data da altre cause morbose (neoplasmi, pachimeningiti, ecc.), in rapporto specialmente alla differenziazione con i quadri dipendenti da lesioni dell'estremo inferiore del midollo spinale.

Agli effetti prognostici non va taciuto che le lesioni traumatiche della cauda equina hanno una spiccata tendenza al miglioramento per l'attiva rigenerazione delle radici rachidee; anche i disturbi sfinterici possono talvolta lentamente migliorare: i più tenaci sono quelli vescicali.

*
* *

Tra le lesioni traumatiche della colonna vertebrale le fratture di una lamina o di ambo le lamine sono certamente abbastanza rare: rarissime sono poi le fratture delle radici dell'arco, dei peduncoli. Ciò è in dipendenza principalmente dal fatto che il determinismo di produzione di esse è dato quasi sempre da una causa diretta, cioè da una caduta o da un urto sulle apofisi spinose. Si spiega così la maggiore frequenza di queste fratture sulle ultime cervicali, le quali essendo fornite di apofisi spinose più prominenti, possono più facilmente delle altre subire l'azione di questi traumatismi diretti.

In rapporto però alla Vª lombare necessita tener presente lo speciale meccanismo col quale si produsse la frattura nel nostro infortunato: la brusca e violenta iperestensione della colonna lombare.

Nella descrizione del reperto radiografico non ho tralasciato di mettere in evidenza l'assenza di quella deformità della colonna che va sotto il nome di spondilolistesi .Non mi è sembrato trascurabile questo rilievo negativo, tenendo presente che nella letteratura sono descritti casi di tale deformazione, nei quali esisteva una frattura traumatica dell'arco (Howship, Otto, Mayer, Cyausso, Behrend) o una frattura patologica (Strasser, Kroenig, Krukenberg). Trovo però giustificato nel caso da me descritto il reperto negativo, poichè la frattura dell'arco, limitata alle sole lamine, non può dar luogo allo stabilirsi di una spondilolistesi, restando in tal caso completamente integro il complesso articolare intervertebrale. Perchè la deformazione spondilolistesica possa avverarsi è condizione essenziale che le apofisi articolari inferiori della vertebra scivolante perdano i normali rapporti con quelle superiori della vertebra sottostante. Ciò è ovvio in quanto che i complessi articolari intervertebrali, e specialmente poi quelli tra ultima lombare e prima sacrale, la cui disposizione delle articolazioni ritorna al tipo delle vertebre dorsali, sono disposti in modo da impedire meccanicamente lo scivolamento anteriore del metamero sovrastante. L'interruzione delle lamine non rompe, nè tanto meno annulla, l'equilibrio statico tra le apofisi articolari, il che può invece realizzarsi eventualmente nelle fratture interessanti le radici dell'arco, i peduncoli, poichè in tal caso il corpo viene ad essere isolato per così dire da ogni legame articolare sia superiore, che inferiore. Tale evenienza tuttavia, per quanto possibile, è estremamente rara ed eccezionale: l'iconografia radiologica d'altra parte portata a documentazione dei casi patologici o traumatici di spondilolistesi non è dimostrativa ed esauriente, non riproducendo nel loro insieme il quadro caratteristico di tale deformazione (Faldini), per cui alla luce delle odierne acquisizioni devesi ammettere col Faldini che la causa vera e propria della spondilolistesi va ricercata nella quasi totalità dei casi in un difetto congenito dell'arco, e principalmente nella spondilolisi interarticolare congenita. Il fattore traumatico molte volte è il movente occasionale rivelatore della sintomatologia clinica, senza dire che in qualche raro caso al fattore congenito possa sovrapporsi anche una lesione traumatica, come nel caso di Mac Cordik, nel quale vi era una frattura su una vertebra spondilolitica.

RIASSUNTO.

L'A. illustra un raro caso di frattura dell'arco della Vª vertebra lombare determinatasi per violenta e forzata iperestensione della colonna lombo-sacrale, complicato ad una sindrome media della cauda equina.

MEDICINA PREVENTIVA

UFFICIO D'IGIENE DI BUSTO ARSIZIO.

Un triennio di vaccinazione antidifterica nella popolazione infantile.

Dott. G. TOSI, medico scolastico.

Dott. A. DE MITRI, ufficiale sanitario.

Con la circolare del Ministero degli Interni (Direzione Generale della Sanità pubblica) del 21 dicembre 1929 si è ufficialmente gettata la base per lo sviluppo della lotta contro la difterite. L'indirizzo alle LL. EE. i Prefetti del Regno, avente per oggetto la vaccinazione antidifterica è in merito assai precisa, sia nel chiarire le ragioni che scientificamente e praticamente impongono detta vaccinazione come norma profilattica indiscutibilmente preziosa, sia nel raccomandare ch'essa venga applicata il più largamente possibile nelle comunità infantili, dove appunto la recettività al contagio difterico si rende tanto maggiormente frequente e pericoloso.

Giuste le vive raccomandazioni pervenute dalla R. Prefettura competente, quest'ufficio d'igiene, avvalendosi del proprio servizio medico scolastico già precedentemente organizzato e cooperante, ha voluto dare immediata e pratica attuazione al problema della vaccinazione antidifterica, iniziandone l'esecuzione sugli alunni delle scuole primarie.

Mancando disposizioni Ministeriali che rendano detta vaccinazione obbligatoria, fu necessario dar inizio alla nostra opera con una intensa propaganda al fine di far meglio conoscere come la difterite costituisca un grave pericolo mediato ed immediato ai danni specialmente dell'infanzia e sopratutto quando essa è costretta a vivere nelle collettività; e quindi rendendo di comune ragione gli innegabili e duraturi benefici che si possono ritrarre dalla vaccinazione, vero presidio profilattico contro il male che tante vittime miete nelle giovani e promettenti energie della nostra popolazione.

Furono all'uopo ed in tal senso stampati e distribuiti nelle scuole migliaia di manifestini volanti; manifesti murali vennero abbondantemente affissi per le vie della città e del suburbio; i signori isegnanti, edotti della nostra opera, ci furono ottimi collaboratori illustrando a viva voce ai loro alunni quanto per essi e per la loro salute s'intendeva fare. Fu insomma tracciato il più profondamente possibile il primo solco sulla via che ci eravamo promessi di seguire. Quel solco che chiameremo del convincimento: il più duro da lavorare e da far fruttare perchè è risaputo che, se per gli igienisti la profilassi è il fulcro da cui si diparte ogni loro azione, per il volgo la profilassi è, se vincolata ad obbligatorietà, una seccatura o quanto meno un atto di sottomissione, se volontaria poco meno di una cosa alla quale si fa orecchio da mercante, appunto perchè si crede, che al medico ci si debba rivolgere solo per farsi curare da qualche malanno, e non piuttosto per chiedergli cosa si debba fare per evitarlo.

Vuole essere questa una premessa che significa un convincimento, non certo nostro solo personale, e dal quale si può dedurre che la vaccinazione antidifterica, essendosi dimostrata norma profilattica utilissima perchè ci dà una percentuale di immunizzazioni del 95 %, innocua perchè le complicazioni ch'essa può dare sono veramente trascurabili, dovrebbe essere resa obbligatoria se si vuole far subire alla difterite la sorte che fu riservata al vaiolo.

Noi appunto vogliamo ciò comprovare in questa breve nota raffrontando le statistiche desunte da questo ufficio di igiene per quel che riguarda il capitolo della difterite, con la risultanza dei dati ottenuti da una triennale pratica vaccinica.

Diremo subito che il metodo prescelto fu quello preconizzato da Ramon, ossia l'introduzione nell'organismo di Anatossina a dosi crescenti per via ipodermica mediante tre iniezioni di 1/2-1-1 1/2 cmc.

Questo metodo si è ormai imposto, innanzitutto perchè ci dà il maggiore e più costante numero di immunizzazioni, secondariamente perchè noi dosiamo esattamente la dose d'anatossina introdotta nell'organismo ed infine evitiamo gli inconvenienti che si hanno ad esempio colla vaccinazione per via nasale perchè, se il metodo, anche economicamente parlando, non è certo il più conveniente, si sa che le insufflazioni ripetute sono mal tollerate e non infrequentemente si provoca, per la grande labilità difensiva delle vie aeree superiori, l'esaltazione microbica di germi che hanno la loro sede nel rino-faringe.

Se un inconveniente si volesse addebitare alla vaccinazione antidifterica per via ipodermica, questo riguarderebbe il ripetersi delle iniezioni.

Praticamente ciò si risolve nel fatto da noi avvertito, che su di una percentuale di 100 vaccinandi, almeno il 20 per cento sfugge alla vaccinazione completa e di questi circa una metà non ha subito che la prima iniezione di anatossina.

Tenendo conto di questa osservazione ab-

biamo escluso dal computo dei nostri dati quei bambini che hanno subito una sola iniezione, raccogliendo, distinguendoli, quelli che fecero due o tutte e tre le iniezioni vacciniche, perchè di essi possiamo complessivamente ritenere come immunizzati il 90 %.

Dobbiamo ancora premettere che non fu praticata la Schick nè prima nè dopo la vaccinazione:

1) Per motivi di praticità. Trattandosi infatti di vaccinazioni volontarie ed in massa, a diretto fine profilattico, si è cercato di sveltire al massimo la pratica vaccinica rendendola meno fastidiosa possibile per chi la subiva, ed il meno indaginosa per chi ne aveva il compito dell'esecuzione.

2) Per considerazioni riflesse da recenti osservazioni scientifiche che inducono un maggior scetticismo sul valore della Schick: infatti oggi giorno si propende e si consiglia vivamente di saggiare lo stato immunitario, non più attraverso la lettura della reazione sopranominata, ma mediante la determiazione del contenuto del siero in antitossina.

Dati statistici sulla vaccinazione antidifterica. — Nel comune di Busto Arsizio, su di una popolazione di poco più di quarantamila abitanti, furono complessivamente vaccinati contro la difterite, nel triennio 1930-1932, numero 3211 bambini come si può osservare dal seguente prospetto:

Specchietto sinottico delle vaccinazioni antidifteriche.

Annata	Sesso dei vaccinati		Età		Numero delle iniezioni		Totale vaccinazion
	maschi	femmine	fino a 6 anni	oltre i 6 anni	tre	due	
1930	298	349	45	602	554	93	647
1931	542	596	369	769	1020	118	1138
1932	711	715	810	616	1318	108	1426
Totali complessivi	1551	1660	1224	1987	2892	319	3211

Come prima considerazione rileviamo l'annuale progressione numerica dei bambini vaccinati, specialmente in favore di quelli appartenenti all'età prescolastica. Il fatto si spiega per le seguenti ragioni:

1) L'Intensificazione della propaganda mediante conferenze, distribuzioni manifestini, lezioni ai ragazzi delle scuole.

2) L'intesa intercorsa fra quest'ufficio d'igiene e la Presidenza delle Opere Assistenziali, in virtù della quale nessun bambino sarebbe stato accolto nelle Colonie climatiche ed Elioterapiche se non avesse esibito il certificato di subita vaccinazione antidifterica.

3) La delibera commissariale del 26 marzo 1932 che, dietro motivata proposta dell'Ufficiale sanitario, disponeva per l'obbligatorietà di detta vaccinazione nelle comunità degli asili.

4) L'assoluta innocuità del processo vaccinale, il che ha disarmato la mente di tanti genitori, facendo così cadere il principale motivo ad obbiezioni e ripulse.

Possiamo dunque ritenere che nella nostra città vi sono oggi circa 3000 bambini sicuramente immunizzati contro il contagio difterico. Ciò costituisce già per sè stesso un tangibile successo che, ai fini della profilassi ci riserverà, come più avanti vedremo, i frutti migliori.

Già abbiamo accennato alla innocuità della vaccinazione antidifterica che fu sempre ben tollerata dai bambini, anche se di gracile costituzione.

Aggiungeremo che solo nel tre per cento dei casi si ebbero scarse reazioni locali al punto d'inoculazione e lievi reazioni generali febbrili di brevissima durata (12-24 ore), tant'è che ritornando nelle scuole o negli asili il giorno seguente a quello delle singole vaccinazioni, noi non abbiamo constatato che qualche raro caso di assenza nei vaccinati, il cui ritorno alla scuola avveniva in ogni modo nello spazio di due giorni.

Difterite e vaccinazione antidifterica. — Portiamoci ora allo studio più interessante considerando il rapporto: vaccinazione antidifterica e difterite.

Dallo spoglio delle denuncie di malattie infettive catalogate presso questo ufficio di igiene, noi possiamo per i casi di difterite (escludendo quelli verificatisi nei Comuni del Circolo Ospitaliero che furono denunciati dal Nosocomio cittadino perchè ivi ricoverati), stabilire le seguenti statistiche:

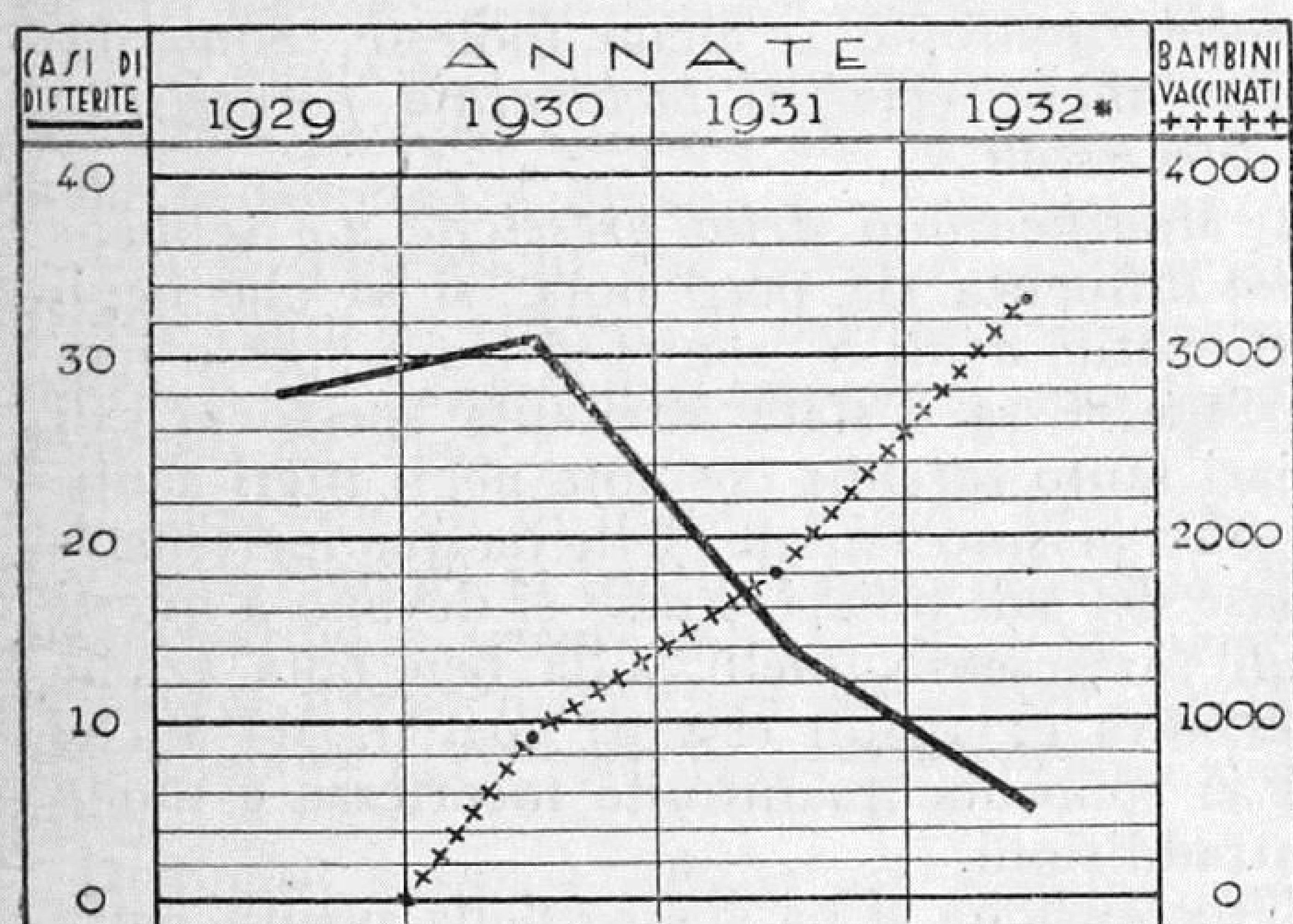
Annata 1929	1930	1931	1932 fino alla fine di settembre.
Casi di difterite . . 28	31	14	5

Per ragioni inerenti a questo nostro studio comparativo dobbiamo ricordare che due dei casi denunciati nel 1930 ed uno nel 1932 si riferiscono a tre bambini che due giorni dopo la prima iniezione d'anatossina presentarono il

quadro caratteristico, per quanto in forma assai attenuata, dell'angina difterica: questa forma si può ricondurre alle seguenti caratteristiche: insorgenza a 48-56 ore dopo la vaccinazione — decorso benigno e di breve durata — per due casi con una sola iniezione di siero di U. I. 10.000 si ebbe distacco delle placche e caduta della temperatura; nel terzo caso la guarigione si ottenne mediante l'uso di U. I. 20.000.

Ancora, riferendoci all'età dei bambini colpiti da difterite dobbiamo rilevare che complessivamente di essi 60 hanno un'età inferiore ai 6 anni e 17 appartengono all'età scolastica. Questo dato, oltre a confermarci come la recettività al contagio difterico sia di gran lunga più frequente e pericoloso nei bambini più piccoli, ci consente d'affermare che su questo strato dell'infanzia noi appunto dobbiamo applicare il più largamente possibile la vaccinazione antidifterica, ed è questo il motivo che indusse questo ufficio d'igiene a proporre e quindi ad ottenere dall'Autorità competente l'Ordinanza della obbligatorietà di detta vaccinazione nella comunità degli Asili.

L'evidenza di quanto la profilassi antidifterica si sia giovata di tutte queste previdenze è schematicamente rappresentata dal diagramma qui appresso riportato, dove anche l'occhio più profano avverte come sia spiccatamente proporzionale l'inversione fra i due rapporti numerici: casi di difterite e bambini anatossivaccinati.



Se ora noi abbiamo considerato che in linea assoluta il limite minimo dei casi di difterite coincide con il punto più alto nel numero dei bambini vaccinati, non possiamo fare a meno d'osservare che questa decrescenza di morbilità si è andata vieppiù accentuando man mano che la vaccinazione antidifterica veniva applicata con maggior intensità sui bambini dell'età prescolastica come si può rilevare da questi dati:

Annata	Vaccinazioni a bambini dell'età prescolastica	Casi di difterite in detti bambini
1930	45	21
1931	369	10
1932	810	4

CONCLUSIONI.

Dal complesso di queste note possiamo logicamente dedurre le seguenti conclusioni:

1) Oggidì, dopo che la scienza ha compiuto le sue più classiche ricerche ed i suoi accurati controlli, la vaccinazione antidifterica non deve essere più costretta semplicemente al livello di quel gran banco di prova che si chiama studio, ma applicata con la più larga attuazione pratica, ovverosia con scopi eminentemente profilattici onde essa possa essere veramente fine a se stessa.

2) Visto che la preponderante recettività e morbilità all'infezione difterica è una triste prerogativa dell'infanzia, la vaccinazione deve sopratutto rivolgersi verso la comunità degli Asili, Nidi d'infanzia, Colonie elioterapiche dove in gran numero vengono ospitati bambini dell'età prescolastica. La profilassi antidifterica è però consigliabile venga pure attuata nelle scuole, nelle Colonie Marine e Montane, nei Campeggi dell'O. N. B. perchè, conoscendo il grave pericolo della diffusione del contagio difterico nelle comunità, possa tale pericolo essere eliminato.

3) Se è vero che la vaccinazione antidifterica non è per ora obbligatoria, come sarebbe invece desiderabile, è pur vero che l'Autorità competente insistendo con tenacia su questo problema, ci fa intendere che alla iniziativa degli organi dipendenti è devoluta la massima libertà d'azione, salvi restando i termini di legge.

Ora se non possiamo obbligare ad esempio chi frequenta la scuola a farsi vaccinare, nulla contrasta però che in tal senso si agisca verso chi, per sua espressa volontà, già richiede di beneficiare, sia a fine sanitario (Colonie), sia a fine educativo (Asili), di istituzioni vuoi parastatali, vuoi private.

Basterebbe a tale fine che intercorressero le opportune intese fra l'Autorità Sanitaria e le Direzioni degli Istituti in parola.

Questa è stata la nostra linea di condotta che, per averci fruttato dei tangibili successi,

non esitiamo a proporla a chi, animato di buona volontà e di sani intendimenti, è ansioso di attuare tutte quelle provvidenze che si risolvono nel benessere dell'umanità, tutelandone il patrimonio etnico.

Il capitolo della difterite, vaccinazione antidifterica e sieroterapia specifica fu oggetto, presso il Congresso di Pediatria tenutosi in Perugia il settembre scorso, di animate discussioni, ed il voto che ne venne formulato ci trova perfettamente solidali, non solo, ma già protesi alla realizzazione di questo importante punto della profilassi.

Busto Arsizio, 10 ottobre 1932-X, E. F.

RIASSUNTO.

L'Ufficio d'Igiene del Comune di Busto Arsizio comprova che: dopo una triennale pratica vaccinica antidifterica, mediante l'anatossina Ramon a dosi crescenti per via ipodermica applicata su 3211 bambini dell'età scolastica (1987) e prescolastica (1224), la morbilità per la difterite si è ridotta a circa un quinto. Appoggiandosi su questo importantissimo dato di fatto gli AA. raccomandano vivamente che la vaccinazione antidifterica sia applicata su larga scala onde essa sia veramente di fine a sè stessa.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Le manifestazioni cardio-arteriose durante le affezioni epato-vescicolari.

(J. Delalaude. *Rev. Méd. Chir. des mal. du foie et pancr.*, n. 2, aprile 1933).

Le affezioni epato-biliari acute o croniche possono determinare degli episodici disturbi cardio-arteriosi assai interessanti: tra gli altri abbiamo: disturbi del ritmo, modificazione della pressione arteriosa, disturbi cardiaci riflessi, sopratutto la cosidetta angina pectoris vescicolare.

1) *Disturbi del ritmo*: molto nota è la bradicardia itterica, di cui è inutile ricordare i caratteri clinici. Assai incerta e dicussa è invece la sua patogenesi. Per lungo tempo attribuita esclusivamente ai sali biliari questo meccanismo pare oggi meno sicuro. Le ricerche sperimentali non appaiono sempre bene dimostrate in clinica. La prova dell'atropina è qualche volta negativa e sembrerebbe escludere la partecipazione del pneumogastrico alla genesi della bradicardia (Neuser, Crouzon, ecc.); ma altre volte risulta positiva e l'influenza del vago parrebbe provata (Lian, Lyon-Caen). La prova della atropina non chiarisce il problema se si tratti di bradicardia vera nervosa o di falsa bradicardia. Gli studi moderni rendono la questione più spinosa ancora.

La bradicardia propria degli itteri franchi non si trova quasi mai negli itteri emolitici, ma manca spesso anche in itteri da ritenzione. Nella spirochetosi nonostante una colaruria notevole vi è assenza di bradicardia. Dimitresco e Hagiesco han descritto un ittero dissociato senza colemia salina e con bradicardia intensissima.

L'influenza stessa della vagotonia nella genesi della bradicardia è stata contestata. Altri fattori complessi paiono intervenire.

Chabrol e Maximin producendo colemie saline elevate con endovenose di sali biliari non hanno ottenuto alcuna bradicardia.

Bérnard e Bariety credono che sia una questione di dose dei sali.

Secondo Dimitresco-Maute il potassio o la colina sarebbero aumentati nel sangue degli itteri bradicardici, e diminuite in quello degli itterici tachicardici. La causa della bradicardia itterica sarebbe nell'accumulo di queste sostanze vagotrope.

King, Bigelow, Pearce americani, pensano a una diminuzione del calcio simpaticotropo. Altri autori però hanno trovato calcemia normale.

La questione è ancora in alto mare.

Oltre alla bradicardia è stato segnalato un *dicrotismo* esagerato, fino ad avere talora un policrotismo. Bard parlava di un polso *irregolare*. Al di fuori degli itteri, le crisi dolorose della litiasi biliare possono farsi risentire sul ritmo del cuore sia provocando *crisi di bradicardia temporanea*, più spesso di *tachicardia*, o *palpitazioni* più o meno moleste. Sono descritte anche crisi di *tachicardia parossistica* ed *estrasistoli*.

2) *Modificazioni della pressione a.*: sebbene quest'influenza sia poco nota, si sa che negli stati epatici acuti o cronici si trova spesso ipotensione. Essa è stata attribuita spesso ai sali biliari tanto sarebbe costante negli itteri acuti. Si sono perfino tentate delle terapie ipertensive a base dei sali biliari. Forse si devono a questi studi ravvicinare quelli sulla ben nota azione ipotensiva di alcuni estratti epatici. Ma anche qui vi sono ancora infinite incertezze e molte contraddizioni.

L'ipotensione si ha spesso nella insufficienza epatica e da Fiessinger e Walter è stata descritta come un piccolo segno di questa.

L'ipotensione arteriosa è stata studiata sopra tutto nelle cirrosi epatiche.

La cirrosi di Laennec è la più ipotensiva delle malattie epatiche.

In genere tutti gli ascitici sono degli opotesi (Gilbert Garnier).

L'azione dell'ipertensione portale sulla pressione arteriosa è stata bene studiata anche sperimentalmente. Essa creerebbe od aggravereb-

be la ipotensione a causa della sottrazione del sangue che essa fa alla grande circolazione in favore dei laghi sanguigni addominali. Dumos pensa invece alla insufficienza proteolitica del fegato ed alla diminuzione della pressione osmotica delle proteine.

È interessante notare che dopo la paracentesi la pressione portale si abbassa, mentre la arteriosa si innalza. In parte devono intervenire fattori puramente meccanici.

Danielopulo recentemente ha dimostrato che il fegato trattenendo e fissando o liberando l'acetilcolina e l'adrenalina a secondo dei bisogni dell'organismo, avrebbe un alto compito nel mantenimento del tono vegetativo. Si può ammettere che in clinica qualunque lesione epatica possa influenzare in un senso o in un altro il tono vegetativo e dare dei disturbi del ritmo. Sebbene l'A. non ne parli la stessa ipotesi si potrebbe fare per ammettere una regolazione epatica sulla pressione.

3) *Accidenti cardiaci riflessi da colelitiasi*: sono molto rari e poco studiati. La più interessante è l'*angina riflessa litiasica*. (Gilbert e Lereboullet, 1903). Clinicamente una colica epatica franca o frustra può provocare in un soggetto a cuore sano una crisi anginosa tipica.

Più interessanti i casi in cui la litiasi era latente prima dell'angina. La diagnosi dell'origine littiasica mi pare molto difficile in tali casi.

Scarsa importanza mi pare abbia la constatazione della integrità clinica dell'apparato cardio-arterioso; più importante è l'esistenza di una difesa muscolare alla regione della cistifellea, e la ricerca dei punti dolorosi litiasici. Si terrà conto anche dell'esame delle urine, (urobilina, ecc.) dell'ipercolerolemia (si può avere anche in casi di ateromasia), al subittero leggero, e al criterio terapeutico (il nitrito di amile e la trinitrina agiscono male sulla angina pectoris litiasica che si giova invece della belladonna e oppio).

Non si dimentichi che possono esistere sindromi anginose riflesse di origine aereogastrocolica, e che l'angor può associarsi a un fegato doloroso da stasi.

Il meccanismo di queste angine litiasiche è discusso. Sembra si tratti di una sofferenza del plesso cardiaco scosso dalla eccitazione nervosa nata a livello della sfera sottoepatica e diffuso al cuore per i varii piani della catena simpatica.

Altri fatti cardiaci riflessi più benigni sono rappresentati da *disturbi del ritmo*: tachicardia semplice, tachicardia parossistica, aritmia estrasistolica.

Si hanno, poi, *lipotimie, sincopi, morti improvvise*. Anche questi fatti hanno una patogenesi incerta. Ricordo solo che Parturier attribuisce i casi di morte improvvisa più ad intolleranza per la *morfina* che a fatti riflessi legati direttamente alla colica.

Pare che solo in casi del tutto eccezionali la colica epatica possa indurre fenomeni di insufficenza cardiaca.

L. TONELLI.

L'opoterapia epatica nelle affezioni del fegato.

(M. VILLARET. *Revue Méd. Chir. des maladies du foie*, maggio-giugno 1933).

L'opoterapia epatica è stata tentata da molto tempo, ma essa può vantare successi, almeno nel trattamento delle malattie del fegato, solo da quando alla somministrazione per via orale si è sostituita l'iniezione sottocutanea di estratti epatici.

La somministrazione parenterale (sottocutanea o intramuscolare) dà un'azione più costante, perchè la digestione gastrica può alterare alcuni principî dell'estratto epatico, e d'altra parte l'assorbimento da parte dell'intestino è irregolare ed incompleto specie quando il fegato è leso. Nei casi, poi, d'ipertensione portale l'assorbimento risulta difettoso. Senza dire che lo stomaco dei pazienti può non tollerare il fegato ingerito.

Lasciando da parte le anemie, nelle quali l'efficacia della opoterapia epatica è incontestabile, specie se la somministrazione si fa per via parenterale sotto forma di estratti, la cura del fegato è consigliabile in varie forme di malattie dell'organo stesso.

Le affezioni nelle quali tale metodo di cura è indicato sono:

1. Le infezioni acute con risentimenti epatici;

2. Le infezioni croniche con alterazioni del fegato;

3. Le intossicazioni che ledono la cellula epatica, ossia:

a) intossicazioni acute definite;

b) intossicazioni di origine non determinata, capaci di provocare disordini varî (emicrania, orticaria, dermatosi) e che di solito scompaiono rafforzando la barriera epatica;

c) intossicazioni medicamentose (sali di arsenico, di mercurio, di bismuto, di oro).

4. Affezioni del fegato con insufficienza parziale (funzione antitossica, regolatrice della coagulazione del sangue, ecc.) o complessa come nella cirrosi.

Nel corso delle malattie infettive più o meno acute l'opoterapia epatica può rendere servigi specie quando è a temere l'insorgere di un ittero grave. In tali casi è consigliabile la somministrazione di estratto epatico anche a titolo preventivo. Le esperienze fatte nel tifo e nell'eresipela hanno dato buoni risultati.

Nella tubercolosi polmonare è possibile migliorare i sintomi intestinali e lo stato generale correggendo l'insufficienza epatica.

L'emicrania, l'orticaria, l'eczema, l'acne, le eritrodermie, l'edema di Quincke, alcuni pru-

riti sono spesso dovuti ad insufficienza epatica. In questi casi le iniezioni di estratto epatico provocano un netto miglioramento, il quale non è dovuto ad uno chock proteinico, perchè nelle stesse forme le iniezioni di estratti di altri organi sono inefficaci. L'opoterapia epatica ristabilisce la funzione antitossica del fegato là dove essa è deficiente.

L'arsenobenzolo provoca una diminuzione del potere antitossico del fegato come è dimostrato dalle constatazioni sperimentali, anatomo-patologiche e cliniche. I dosaggi praticati hanno dimostrato che l'arsenico ha un vero epatotropismo.

Ma negli accidenti arsenobenzolici non è in causa solo questa sostanza, si hanno modificazioni del sangue che sono sotto la dipendenza del nucleo benzenico. Ma anche in questo meccanismo l'influenza del fegato non è trascurabile, come è dimostrato dal fatto che le complicazioni ematologiche sono accompagnate spesso da ittero.

Va infine ricordato che lesioni epatiche durante il trattamento antisifilitico prolungato si stabiliscono lentamente senza dare fenomeni acuti d'intolleranza, e danno manifestazioni cliniche a distanza.

Sia per evitare questi fenomeni tardivi, sia per impedire la comparsa di accidenti immediati è consigliabile accompagnare la cura arsenobenzolica con l'opoterapia epatica preventiva. Questo sistema consente di curare la sifilide più energicamente e con rischi minori.

Levaditi, Yamanouchi e Nicolau hanno dimostrato che alcuni medicamenti utilizzati per la cura delle tripanosomiasi e delle spirillosi esercitano la loro azione parassiticida dopo avere subito modificazioni più o meno profonde nell'organismo. Ora queste sostanze diventano fortemente parassiticide se si mescolano con estratti epatici o con pezzetti di fegato a 37°. L'estratto cellulare s'impossessa del metallo per trasformarlo in un derivato più attivo. Se questa combinazione avviene nell'organismo a spese dell'organo funzionante, si può risparmiare quest'ultimo iniettando insieme con il medicamento l'estratto epatico.

Quel che si è detto per l'arsenico vale anche per il mercurio, il bismuto, l'iodio, e l'oro. Le esperienze cliniche dimostrano come i fenomeni d'intolleranza determinati da questi elementi possono essere evitati mediante la contemporanea somministrazione di estratti epatici.

Ma l'opoterapia epatica trova la sua più precisa indicazione in tutte le affezioni proprie del fegato che si accompagnano ad insufficienza della cellula nobile, ed in particolare nelle cirrosi.

L'azione benefica non si esercita su tutti i sintomi delle sclerosi epatiche.

La sindrome d'ipertensione portale, ed in ispecie l'ascite, è solo mediocremente ed indirettamente influenzata. Viceversa migliorano l'appetito, la forza muscolare, lo stato mentale, mentre si attenua la tendenza alle emorragie.

La quantità di estratto da somministrare deve essere proporzionale al grado di insufficienza epatica ossia alla gravità della malattia.

L'estratto si prepara disseccando il parenchima dell'organo e riducendolo allo stato di polvere. L'estratto totale così preparato corrisponde ad un terzo in peso del fegato fresco. Quindi si prepara la soluzione di 10 centigrammi di polvere in un cmc. di acqua. Si possono fare una o più iniezioni al giorno per via sottocutanea o intramuscolare. Nei casi gravi si possono iniettare ogni volta 2 cmc., aumentando eventualmente anche la concentrazione.

Nei casi gravi si può ricorrere alla via endovenosa.

Non è dubbio che l'estratto contiene un vero ormone capace di eccitare la funzione epatica. E per questo che i migliori successi terapeutici si hanno quando esiste ancora una certa quantità di parenchima epatico funzionante, ossia capace di reagire all'eccitazione indotta dall'ormone iniettato. DR.

VITAMINE.

Le vitamine dal punto di vista pratico.

(L. J. HARRIS. *British Medical Journal*, 5 agosto 1933).

L'importanza delle vitamine nell'economia organica va sconfinando dai limiti che legittimamente possono loro assegnarsi. È sopratutto la tendenza commerciale che ipervaluta la funzione di questi agenti.

Così è stato di recente affermato (e una larga pubblicità vorrebbe dar credito a questa opinione) che la vitamina A è un agente antiinfettivo. La deficienza di tale vitamina preparerebbe il terreno ad infezioni diverse, al comune raffreddore, al reumatismo articolare acuto, alla tisi, alle bronchiti, alle pulmoniti, alle otiti medie, alle ulcerazioni della bocca e degli occhi, alle infiammazioni dei seni nasali, alla infezione puerperale. Naturalmente se ne è dedotto il corollario terapeutico: queste affezioni si curano con la somministrazione di vitamina A.

Sta di fatto però che esami sistematici su individui affetti da dette malattie non hanno dimostrato la deficienza della vitamina A, e le virtù terapeutiche di questa nelle affezioni stesse sono ancora da dimostrarsi.

Tuttavia se non si può assegnare alla vitamina A una virtù antinfettiva, è certo che la sua importanza come fattore integrante dei poteri di difesa dell'organismo non è discutibile. È stato accertato che la carenza di vitamina A aumenta la suscettibilità alle affezioni respiratorie.

Tale sua azione ha importanza dal punto di vista pratico sopratutto in quanto il contenuto della vitamine negli alimenti di alcune popolazioni non è assicurato. Sono stati in effetti registrati in un ospedale del Nord dell'Inghilterra ben 17 casi di xeroftalmie in un solo anno. Statistiche presso che analoghe sono state registrate in alcuni paesi dell'America, nonchè in altre località.

Conviene pertanto sempre ed in ogni luogo abbondare nell'alimentazione infantile in quei costituenti che contengono la vitamina A. Questa si trova in molti grassi animali (eccetto il lardo) e nell'olio estratto dai pesci, nonchè nei vegetali verdi, nelle carote e simili.

Si può stabilire il seguente rapporto tra la vitamina A e la sua analoga liposolubile vitamina D: mentre quest'ultima non si trova in abbondanza nei cibi comuni, così che le aggiunte supplementari sono indispensabili in tutti i casi sospetti di carenza (rachitismo), la vitamina A si trova quasi sempre negli alimenti più largamente adoperati, per modo che l'aggiunta non è necessaria ma solo da adoperarsi nei casi dubbi.

La deficienza di vitamina B_1 (beri-beri), compresa la varietà infantile, è diffusa su tutto il globo, ma ne sono esenti i popoli civilizzati. Tuttavia esperienze istituite in America avrebbero dimostrato che l'aggiunta supplementare di vitamina B nell'alimentazione dei bambini affretterebbe lo sviluppo ed aumenterebbe il peso del corpo.

È stato attribuito alla deficienza di vitamina B la stasi intestinali e l'abbassamento del tono alimentare, ma i fatti non convalidano tale opinione.

La carenza della vitamina B_2 (pellagra) è ancora molto diffusa. Nel Nord-America se ne sono registrati 170.000 casi nel 1917 e 120.000 nel 1920. Il problema, se non interessa la pediatria, merita perciò sempre molta considerazione.

È oramai divenuta una pratica abituale nell'alimentazione dei lattanti aggiungere succo di frutta fresche allo scopo di prevenire il morbo di Barlow (scorbuto infantile, dovuto alla deficienza di vitamina C, recentemente identificata con l'acido hexuronico o ascorbico). La pratica è giusta perchè in effetti il latte di vacca è povero di vitamina C, e la pasteurizzazione distrugge quel poco che c'è.

La comparsa di alcuni casi di scorbuto in contrade dove la parte vegetale degli alimenti è costituita quasi esclusivamente da patate, fa supporre sempre che queste contengono una quantità insufficiente di vitamina C. Giova quindi incoraggiare il consumo di altri vegetali, d'insalate e frutta.

Göthlin in Svezia dalla misura della resistenza dei capillari ha rilevato che il 18 % degli scolari soffrono in quel paese d'ipoavitaminosi C.

Fish e Harris trovarono che la deficienza di vitamina C negli animali produce una deficienza nella funzione degli odontoblasti che prelude alla carie dentaria. Non è dubbio che questa negli uomini è almeno in parte dovuta alla carenza di vitamina C e anche della D come ritiene Mellanby. DR.

Considerazioni sull'alimentazione dei cancerosi. Rapporti fra cancro e vitamine.

(M. SCHACHTER. *Le Bullet. Médic.*, 19 agosto 1933).

La questione dei rapporti fra alimentazione e cancro è ancora in sospeso. Il problema dell'alimentazione del canceroso acquista notevole importanza nel malato di cancro operato, perchè se c'è un rapporto fra alimentazione e cancro, l'alimentazione dovrà influire sulla recidiva.

Nel canceroso operato si deve sopra tutto ridurre quantitativamente il regime alimentare, perchè coll'ingrossamento dell'animale portatore di cancro si ha una rigenerazione dell'attività delle cellule neoplastiche rimaste dopo l'intervento. La limitazione deve riguardare anche l'acqua: secondo Caspari e Ottensooser col regime secco la crescita del tumore è fortemente inibita.

Ricerche sperimentali di Epstein hanno dimostrato maggiore accrescimento dei tumori coll'alimentazione contenente abbondante potassio. Secondo Schrumpf e Piéron la rarità del cancro in Egitto è dovuta alla scarsezza di potassio degli alimenti. Quindi si aboliranno cacao, lingua, lenticchie, castagne, mandorle, thè. Queste limitazioni, secondo alcuni, servirebbero anche alla profilassi del cancro.

Invece il calcio e il magnesio pare abbiano azione opposta, cioè anticancerigna.

Il cloruro di sodio pare abbia un'azione nociva nel senso che stimola la crescita del tumore.

Per quanto riguarda l'acidosi e l'alcalosi le opinioni sono contradditorie. Come pure sono contradditorie nei riguardi dei grassi.

L'eccesso di idrati di carbonio favorisce l'accrescimento del tumore, mentre le proteine non hanno nessuna azione.

La colesterina favorisce lo sviluppo neoplastico.

Centanni per primo ha studiato i rapporti fra vitamine e cancro, ed ha preconizzato una alimentazione avitaminica dei cancerosi, alimentazione che è consigliata anche da v. Noorden, Beneke e Hachenegg.

Sperimentalmente Ludwig non è riuscito a trapiantare il cancro a topi in stato di avitaminosi, mentre negli animali di controllo l'attecchimento riusciva nel 95 %.

Géreb ha osservato un arresto del tumore nella gravidanza e nell'allattamento, arresto che manca se si fa abbondante alimentazione

con vitamine. Egli ha anche notato che la mortalità per cancro è più elevata nella seconda metà dell'anno, in cui le vitamine sono più abbondanti.

La vitamina più nociva ai cancerosi è la B, meno nociva è la A. Della vitamina C poco si sa, perchè gli animali da esperimento non ne hanno bisogno La vitamina D non ha nessuna influenza sul cancro e si può somministrare.

Riassumendo, la dieta dei cancerosi dev'essere poco voluminosa, i liquidi devono essere ridotti, come pure gli idrati di carbonio, i cereali i legumi freschi, i cibi crudi, il latte, il thè, i sali mentre si daranno albumine a volontà.

R. LUSENA.

DIVAGAZIONI.

Le modificazioni farmaco-dinamiche della tonalità affettiva.

M. Laignel-Lavastine e G. d'Heucqueville espongono nella *Presse Médicale* (28 giugno 1933) nuove vedute personali sull'argomento.

Premettono la definizione delle tonalità affettive che sono tipi di stati affettivi individuali patologici e fisiologici, ossia i diversi sentimenti ed emozioni correnti, come la paura, la collera, l'angoscia.

Lo stato affettivo nell'uomo normale è la risultante di fattori diversi: alcuni esterni, come la miseria o l'agiatezza, rapporti ostili o simpatici con l'ambiente famigliare e sociale; altri interni, come la sessualità soddisfatta o repressa, la salute precaria o prospera e simili, e sopra tutto le innumerevoli sensazioni elementari determinate dal funzionamento regolare o difettoso degli organi.

Allo stato normale queste sensazioni restano subcoscienti: noi non sentiamo i nostri organi. Ma negli stati patologici, nelle affezioni organiche o funzionali dei varî apparati, questi rivelano la loro presenza alla coscienza mediante fenomeni dolorosi. Questo complesso di sensazioni per cui si ha una consapevolezza indefinibile dello stato del nostro organismo vien chiamata cenestesi.

La cenestesi non è sensibile agli agenti che eccitano le altre forme di sensibilità (tattile, dolorifica, termica, ecc.), ma reagisce alla distensione delle cavità muscolari da parte del loro contenuto, alla compressione dei plessi nervosi sensitivi. Ma abitualmente è sopra tutto influenzata da agenti chimici, diastasi, ormoni, alcaloidi e dall'acidità degli umori.

D'ordinario queste perturbazioni provocano stati di coscienza che assumono l'aspetto di malessere diffuso, indefinibile. L'individuo si sente trasportato in un ambiente organico diverso dall'abituale. E la tonalità affettiva, il meccanismo delle reazioni, l'intero corso dello psichismo ne risulta scompigliato.

Così nei disturbi gastro-intestinali si suole verificare uno stato cenestetico particolare, una determinata tonalità affettiva: sensazione di pienezza, di tensione epigastrica, di nausea, di vertigine, indifferenza agli avvenimenti esterni, rarefazione delle reazioni motorie, accelerazione dell'associazione d'idee e di creazioni immaginative.

Le varie tonalità affettive a loro volta si accompagnano a modificazioni organiche più o meno profonde, più o meno appariscenti. La gesticolazione e l'espressione mimica sono le espressioni emotive più comunemente note. Così l'omega di Schule, risultante dall'azione combinata dei muscoli sopraccigliare e frontale mediano, esprime la tristezza e la malinconia.

La psico-fisiologia ha cercato indici più profondi, più sinceri nei tracciati sfigmografici e pneumografici, che si accelerano nell'eccitazione e si rallentano nella depressione. Le sei tonalità fondamentali di Wundt (eccitazione, depressione, piacere, dolore, tensione, rilasciamento) comportano sei combinazioni differenti di costanti del polso e del respiro.

Altri modi di espressione della sfera vegetativa sono le reazioni vasomotorie (rossore, pallore), secretorie (lagrimazione, sudorazione, minzione), le variazioni della temperatura, del metabolismo basale, dell'adrenalinemia, della glicemia e della calcemia.

La tonalità affettiva degli ansiosi, la paura, il terrore, l'inquietudine si accompagna ad uno stato di alcalosi.

Una gran quantità di sostanze neurotropiche modificano più o meno frequentemente la tonalità affettiva agendo sulla cenestesi.

L'esempio più comune è dato dall'alcool. L'ebbrezza leggera si traduce con una sensazione di benessere analoga a quella degli ipomaniaci e dei paralitici generali espansivi. Questa tonalità euforica è primitiva ed è dovuta all'azione diretta dell'alcool sulla cenestesi. Non è secondaria all'eccitazione psicomotoria (fuga delle idee, atassia) che si ha solo in uno stato più avanzato dell'ubbriachezza. L'alcool è euforizzante prima d'essere convulsivante. Ed a ciò deve la sua diffusione.

Analogamente l'haschich, l'etere, la cocaina, la stricnina, il perossido d'azoto agiscono sulla cenestesi prima che sul processo ideativo e sull'apparato motore.

I bromuri costituiscono i sedativi motori più usati, esercitano un'azione calmante su tutte le provincie del sistema nervoso, alleviano l'epilessia e l'eccitazione psichica (corteccia), i movimenti involontarî (centri sottocorticali), rarefanno l'enuresi e le erezioni (midollo), gli spasmi gastrici (vagosimpatico). Viceversa sulla cenestesi hanno un effetto piuttosto eccitante. Provocano di solito un certo grado di euforia e per certi soggetti sarebbero anche afrodisiaci.

Analogamente il luminal, che è il sedativo quasi specifico della epilessia, mentre ha una netta azione sedativa su tutti i fatti motori, ne

avrebbe un'altra esaltatrice della cenestesi ed accentuerebbe tutti i disturbi del carattere epilettico.

La scopolamina e la genoscopolamina sono i sedativi più potenti dell'eccitazione psichica e dei sistemi extrapiramidali e vagale. Viceversa agendo sulla cenestesi possono provocare una vera e propria ebbrezza.

Ebbrezze analoghe possono ottenersi con la belladonna, sedativo vagale per eccellenza, con la cocaina, analgesico locale. Ed è notevole il fatto che l'yohimbina, sedativo ortosimpatico, è un afrodisiaco.

L'azione dell'oppio, e del suo principale alcaloide, la morfina, è molto accessoria sui sistemi motori, contrariamente a quella degli altri sedativi su enumerati. A dosi deboli calma l'ortosimpatico procurando miosi, ipotensione, vasodilatazione, rallentamento della respirazione. A dosi tossiche eccita la motilità gastrica e frenica, provocando nausee e vomiti, diminuisce la forza muscolare, i riflessi, il tono cardiaco fino al collasso.

Su i dolori localizzati esercita un'azione sedatrice nota fin dai tempi omerici. Diagora combatteva con l'oppio i dolori dell'otite e dell'oftalmia. Sydenham dichiarava che senza l'oppio bisognava rinunciare alla medicina. Tutte le crisi viscerali dolorose, l'angor, le coliche epatiche e nefritiche sono calmate dalla morfina.

Galeno fu il primo a utilizzare l'oppio per attenuare la tonalità affettiva dolorosa dei malinconici. E il suo esempio fu seguito dagli alienisti moderni più accreditati. La sua azione benefica negli stati ansiosi è ora generalmente riconosciuta.

Antidoto dell'ansia l'oppio determina una tonalità affettiva diametralmente opposta: euforia, leggerezza apparente degli organi, fluidità del pensiero.

L'azione dell'oppio ingerito regolarmente per un periodo lungo a dosi non tossiche si può fissare in quattro punti:

1. Ritorno dell'ansioso alla tonalità normale;
2. Tonalità d'euforia del soggetto normale alla prima ingestione o iniezione;
3. Tonalità d'indifferenza o d'irritabilità del morfinico soddisfatto;
4. Tonalità di bisogno imperioso nel morfinico insoddisfatto.

Come la tonalità degli stati ansiosi, la tonalità affettiva della morfina è determinata da perturbazioni dell'equilibrio acido-base degli umori.

L'angoscia si accompagna ad alcalosi con aumento della riserva alcalina, fatti che si elevano quando il tasso di CO_2 sanguigno si abbassa.

Ora l'effetto della morfina è appunto quello di aumentare l'anidride carbonica nel sangue. L'esperienza clinica ha da tempo insegnato che l'oppio è un potente eupneico, un sedativo di tutte le eccitazioni dell'apparato respiratorio, tosse, dispnea, ecc. Abbassa l'eretismo respiratorio agendo più che sulle terminazioni periferiche, sul centro bulbare.

L'eccitante normale del centro bulbare respiratorio è la CO_2 del sangue. Se il tasso di CO_2 si eleva, il centro respiratorio eccitato attiva l'eliminazione polmonare e la CO_2 in eccesso viene eliminata. Viceversa se il tasso di CO_2 si abbassa e la riserva alcalina aumenta, la ventilazione si rallenta in modo da diminuire l'eliminazione di CO_2.

Questo meccanismo è alterato nell'angoscia: l'acidità degli umori si abbassa, l'alcalosi aumenta. L'equilibrio è rotto in senso inverso negli individui normali che ricevono la morfina: il ritmo respiratorio si rallenta, la CO_2 si accumula.

D'altra parte l'organismo sottoposto all'azione continua della morfina si abitua all'azione della droga. I nuclei cardio-pneumo-enterici bulbari, il centro respiratorio cessano di essere sensibili alla morfina. Questa senza dubbio s'integra nell'edificio molecolare dei loro neuroni, li saturano chimicamente, l'adattano biologicamente all'ambiente morfinico. Queste trasformazioni hanno l'effetto d'insensibilizzare il centro respiratorio, d'impedire la regolarizzazione dell'acidità umorale e la espongono quindi a brusche variazioni, che si traducono nella tonalità affettiva « irritabilità ».

Ma se l'ambiente cessa d'essere morfinico, se l'individuo è bruscamente sottratto all'azione della morfina, il centro respiratorio diventa incapace di riadattarsi alle condizioni normali: l'alcalosi non compensata cresce all'estremo e si ha lo stato di bisogno.

L'equilibrio acido-base dunque sembra essere il fattore essenziale delle tonalità affettive riferentesi all'oppio.

Questa veduta ha delle conferme in controprove terapeutiche.

Così l'angoscia, nella quale si ha un aumento dell'alcalosi, può essere alleviata oltre che dalla morfina dalla somministrazione di acidi (mescolanza di acido fosforico e di cloruro di calcio).

L'alcalosi si accompagna ad ipocalcemia come è stato osservato negli iperemotivi. L'ipocalcemia si riscontra anche nell'epilessia, prima degli accessi, e nella tetania. È provato d'altra parte che l'iperpnea aumenta l'alcalosi e scatena crisi epilettiche e tetaniche. La morfina concorre a aumentare la calcemia e diminuisce l'eccitabilità corticale, essa può in parte essere sostituita da una cura recalcificante.

In conclusione la farmacodinamia nervosa può provocare stati affettivi e cenestetici analoghi a quelli che si producono nella vita ordinaria o in conseguenza di stati patologici. L'azione di molti farmaci, calmanti o eccitanti, si esplica attraverso modificazioni umorali che hanno molta analogia con condizioni fisico-patologiche spontanee.

argo.

RILIEVI E COMMENTI.

A proposito di un trattato di patologia chirurgica.

Quando si dice una cosa nuova, si teme (se c'è critica anche per sè stessi) di non rimanere abbastanza aderenti alla realtà. E se la cosa nuova riguarda un metodo di studio, il timore è ch'esso non sia abbastanza pratico.

Tale era la condizione mia quando pubblicai quel Compendio di Patologia Chirurgica nel quale la materia, anzichè essere presentata nel modo usuale di distribuzione, per regioni o per sistemi ed apparati, lo era per argomenti.

Che cosa significa « per argomenti », trattandosi di materia chirurgica, o medica che sia? Significa, per genere di malattia; la quale è la stessa in tutte le regioni, pure subendo le influenze della sede. Significa, dunque, distribuzione per cause di malattie: e, dove la causa sia ignota, distribuzione per caratteri anatomici o clinici; i quali presentino la malattia per quel tanto che ha di più proprio, cioè atto a differenziarla da altre malattie, non tanto nel suo apparire, quanto nel suo essere.

Etiologico - anatomico - clinico, ho scritto in quel mio compendio, che era il criterio distributivo della materia.

Troppo, secondo alcuni: mancando d'omogeneità. Ma la critica varrebbe qualora le malattie fossero tutte definite. Viceversa, il non esserlo oggi non significa che non lo siano domani.

E altri, invece, considerata la tendenza, di quel criterio, ad unificare, potrebbe dire: patologia generale. Ma anche a questo giudizio si può rispondere no, perchè nella denominazione stessa, del criterio medesimo, la clinica fa la sua affermazione.

Però, non ostante le giustificazioni, ero solo.

Oggi, solo non lo sono più, chè, se anche la compagnia non è per intero, è tanto onorifica da potermene bastare una parte.

Il prof. Perez ha pubblicato, in questi giorni, un volume del suo *Trattato* di Patologia Chirurgica (Stamperia Reale di Roma): 874 pag. con 69 tav. e 377 figure. L'opera complessiva ne conterà altri due. Il pubblicato è il secondo volume. Volume e, quindi, opera signorile e ricca: ricca di illustrazioni, ricca di erudizione. Nè poteva essere diversamente. Ne avranno piacere tutti gli studiosi di discipline chirurgiche. Ne ho maggior piacere io che in quest'opera trovo la parziale compagnia di cui parlavo.

In realtà, il prof. Perez, profondendo la sua dottrina, ha scritto, in questo volume, dei capitoli che potrebbero figurare in trattati di batteriologia e di immunologia. Ma si capisce: egli ha voluto fare un'opera nella quale la nozione di patologia chirurgica fosse spiegata per intero e partisse quindi *ab ovo*, con tutto quell'addentellato di nozioni preliminari che, prese isolatamente, appartengono invece a materie preparatorie di quella chirurgica, e — per mantenerci in campo di patologia — appartengono alla patologia generale.

Nello svolgimento dei singoli capitoli, l'A. ha pure seguito l'uso, ormai inveterato nei trattati di Patologia speciale, di unire alla parte più naturalmente propria di questa materia (e cioè alla etiologia, patogenesi, anatomia patologica, sintomatologia e decorso) un paragrafo di diagnostica e un altro di terapia. Lavoro che per conto mio esorbita dallo stretto compito della patologia, in quantochè la diagnostica non può essere trattata utilmente partendo dalle malattie ma deve essere trattata invece partendo dai sintomi, e in quantochè la terapia non appartiene allo studio della malattia, ma di quello studio è invece derivato applicativo, « elemento affatto contingente ed oltremodo mutabile » (per usare le parole dello stesso Perez a pag. 223), mentre « l'essenza del processo infiammatorio è identica tanto per le malattie che consideriamo come forme mediche, che per quelle di pertinenza chirurgica ». Lavoro, dunque, più che di sola patologia.

Ma, se ciò dimostra come l'opera suntuosa del Perez si allontani dal modesto compendio mio, non solo nelle proporzioni, sì bene anche nei limiti dell'argomento, un carattere essa ha, con la mia fondamentalmente in comune, ed è già svelato da quella « essenza del processo infiammatorio » che figura nelle poche parole testè riportate.

« Malattie causate da agenti microbici e da parassiti animali ». Così si intitola il volume. Non infezioni chirurgiche o denominazioni equivalenti: malattie *causate da...*

Nel titolo è affermato appunto il *concetto*: che trova poi svolgimento in tutto il volume. E se (per far compenso al di più di prima), devo dire a questo proposito che, a seguito della trattazione di ciò che è comune a tutte le malattie infiammatorie, mi sarebbe piaciuto di trovare l'illustrazione separata anche nel testo, oltre che in figure, di ciò che sia un'appendicite, un'osteomielite acuta, ecc. non per questo perde di valore quel concetto, di presentare la materia *sinteticamente*.

Sintesi: ecco la caratteristica dominante della *Patologia*. Che cos'è un foruncolo? Quali altre affezioni flogistiche si possono trovare sulla cute? Per quali vie s'infettano le mucose? Quali sono le caratteristiche infettive delle sierose? Risposto per es. a queste domande, verrà poi da sè l'illustrazione della peritonite, e sarà facile farla comprendere nei suoi più minuti particolari di fisiopatologia. Ma la lussazione della spalla o la frattura del femore o la tubercolosi dell'anca, avulse da ciò che siano le lussazioni, le fratture, la tubercolosi delle sinoviali, la tubercolosi delle ossa, e per esse la tubercolosi in senso assoluto; e un'osteomielite acuta allontanata dalla

trattazione del flemmone, rimangono pagine di libro assai meno proficue di quanto lo diventino invece se precedute dalle relative nozioni generali e con esse collegate logi- ed analogicamente.

Mi sono occupato altre volte di queste considerazioni quando insegnavo Patologia chirurgica. Le ripeto con maggior convinzione oggi da clinico. E sono persuaso pure che l'occuparsi di esse sia tutt'altro che fare dell'Accademia, ed equivalga invece ad agitare i problemi più vitali e proficui dell'insegnamento chirurgico, perchè la prima condizione dell'insegnare con profitto consiste nel precisare la materia d'insegnamento. Se questa precisazione fosse fatta a proposito dell'insegnamento chirurgico (o medico), non avrebbero ragione di essere le invece giustificate discussioni attuali sulla convenienza di mantenere, accanto ad una Cattedra di Clinica, una Cattedra di Patologia speciale.

Le Cattedre hanno ragione di essere tutte e due, perchè è un abisso quello che corre fra l'insegnamento di Patologia speciale e l'insegnamento di Clinica: e discutere sull'opportunità di tenerli, o no, separati, significa non avere nozione, nè di quello che sia la Patologia nè di quello che sia la Clinica. Proprio per questo accade che non infrequentemente Studenti abbiano a lamentare di assistere a della Clinica mal fatta in lezioni di Patologia e a della Patologia abborracciata in lezioni di Clinica.

Secondo la mia esperienza, l'intera organizzazione degli Studi di Medicina e Chirurgia va distinta in tre fasi: corsi di Biologia normale, corsi di Biologia patologica, corsi di Clinica. Riferendoci a materie fondamentali: sono corsi di Biologia normale, l'anatomia e la fisiologia; sono corsi di Biologia patologica, la patologia generale, l'anatomia patologica, le patologie speciali, l'igiene; sono corsi di Clinica, le Cliniche. I corsi di biologia normale e di biologia patologica formano gli insegnamenti dottrinarii. I corsi di Clinica formano la Scuola di Applicazione. Scuola di Applicazione per i Medici, che per nulla differisce, in via analogica, dalla Scuola di Applicazione per gli Ingegneri.

Non si può parlare di ponti e strade senza avere idea delle resistenze e del come calcolarle. Analogamente, non si può parlare di malati a chi non conosce le malattie. Perchè, la verità cardinale e spesso misconosciuta è questa: che in Clinica si deve parlare e trattare di malati, non di malattie; e queste devono essere invece già note dai corsi di Patologia.

Clinica (ἡ κλινη, il letto, ἡ κλινική [sott. τέχνη], la clinica; κλινικός, ή, όν allettato, infermo, malato): studio di malati.

Patologia (πάθος patimento, infermità, malattia): studio di malattie.

Ora, che cos'è lo studio della malattia rispetto allo studio del malato? È la sintesi rispetto all'analisi.

Detto questo, dovrebbe esser detto tutto. E dovrebbero scomparire anche i personalismi e le diffidenze. Perchè, alla stessa maniera che non si può confondere la Patologia con la Clinica, non si deve confondere la Patologia col Patologo. Il patologo speciale può essere il più abile operatore del mondo e può curare i suoi malati quanto e meglio che il clinico. Ma finchè insegna Patologia Chirurgica, la deve insegnare come Patologia e non come Clinica. E può essere tanto l'amore ch'egli porti a questo genere d'insegnamento e di studi, da giustificare la rinuncia a qualunque Clinica. Chè se, invece, dalla Patologia egli desidera passare alla Clinica, non basterà che sia chirurgo, ma dovrà avere mentalità di Clinico; mentre, d'altra parte, non è concepibile che tale mentalità possa avere chi non possiede la Patologia.

Nè ci può essere adito a discutere sulla utilizzazione del malato. Anche il Patologo generale, sente il bisogno di restare accanto al malato. Potrebbe rinunciarvi il Patologo speciale? Ma il malato, che per il Clinico è argomento di lezione, per il Patologo diventa invece l'illustrazione del capitolo ch'egli avrà svolto teoricamente.

Quanto frutto si ricaverebbe da un'organizzazione così armonicamente intesa ed applicata!

Ora — tornando al libro — Perez è un Patologo, e, scrivendo l'opera sua, ha fatto una affermazione da Patologo. Un po' più di dettaglio chirurgico, e il Trattato di Patologia ha trovato il suo tipo. Gli altri non sono trattati di Patologia chirurgica; sono trattati di Chirurgia, se riassumono tutto ciò che si riferisce a malati affetti dalla malattia a.b.c. E se si occupano delle materie singole partitamente, diventano trattati di Patologia, di Semeiologia, di Diagnostica, di Terapia e di Tecnica chirurgica.

Un po' di tempo ancora, un po' di riflessione, e molte cose che ora sembrano ostiche saranno accettate, io credo, con buona pace di tutti e con beneficio di studenti e di malati. E sarà anche questa una benemerenza della Scuola Romana.

Cagliari. G. BAGGIO.

CENNI BIBLIOGRAFICI. (1)

A. ILVENTO. *La tubercolosi a traverso i secoli. Storia di un'idea.* Vol. in-8° di 372 pag., rilegato. Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi. Roma, 1933.

Vasta è la concezione di questo libro, con cui il prof. Ilvento inizia la Collana « I problemi della tubercolosi » della F.I.N.F. per la lotta contro la tubercolosi: seguire lo sviluppo delle nozioni sulla tubercolosi, dai più remoti tempi dell'umanità ai giorni nostri; il cammino di un'idea che, dalla massa informe di fatti di incerta osservazione e di malsicura classificazione, si viene svolgendo e completando fino ad arrivare al magnifico edificio di oggi che, se ha ancora delle parti in ombra, ne ha altre in piena luce ed è tale da permettere di guardare con tranquilla fiducia l'avvenire.

Perfino in scheletri dell'età della pietra, si sono trovate tracce di lesioni date da questa malattia, che appare quindi antica quanto il mondo ed incombente per lunghi secoli come un'oscura minaccia.

E giù, attraverso i varî popoli del mondo e la sequela dei tempi, seguiamo qui, sotto la dotta guida dell'A., lo sviluppo e le oscillazioni delle idee sulla tubercolosi: le forme cliniche, dapprima confuse con altre e poi venutesi chiarendo, la contagiosità sospettata da alcuni e negata da altri, l'ereditarietà che ha subito contrarie vicende. Dal grande Ippocrate che rileva come la consunzione avvenga specialmente dal diciottesimo al trentacinquesimo anno e riconosce il grave significato pronostico delle diarree dei tisici, fino alle più raffinate ricerche odierne cliniche e di laboratorio, è tutto un succedersi di medici e scienziati che portano il loro contributo alla soluzione dell'assillante problema.

E quasi ad ogni pagina ricorre il nome glorioso d'Italia, con Fracastoro e Montano che nel secolo XVI rilevano la contagiosità della malattia, le prime misure di profilassi contro la tisi a Padova nel 1621, a Lucca nel 1733, i nomi di Luciano Armanni, di Angelo Maffucci, di Bernardino Ramazzini, di Giuseppe Barellai, di Achille De Giovanni, di Edoardo Maragliano, di Giuseppe Sanarelli, di Carlo Forlanini, il complesso organico di provvedimenti instaurati dal Regime. L'intima soddisfazione di rilevare i meriti dell'Italia in questo campo nulla toglie alla serena obbiettività con cui è trattato il vasto argomento in questo bel volume che S. E. Paolucci nella prefazione definisce giustamente come suggestivo e rigorosamente scientifico.

C. FRUGONI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

A. GIRAUD. *Précis de Phtisiologie.* Vol. di pag. 380 con 19 tavole e 25 figure. Doin e C., editori. Paris 1933. Frs. 60.

Volume ricco di riproduzioni radiografiche, di schemi anatomici, scritto per gli studenti e per i pratici ai quali presenta l'A., i fondamenti della tisiologia polmonare.

Nella prima parte dell'opera è trattata la evoluzione generale della tubercolosi, con note sull'essenza del bacillo, del contagio, delle vie di infezione, dell'eredità. Nella seconda parte, più sviluppata, premessi alcuni preliminari semeiologici di ascoltazione e radiodiagnosi, viene accennato alla clinica delle varie forme: acute, fibrocaseose, fibrose, delle varie complicazioni extra polmonari o non, delle associazioni morbose.

Centoventi pagine sono infine dedicate alla terapia con larghezza trattando della collassoterapia.

La bibliografia è estesa e non si limita solo alle fonti francesi.

Libro scritto per coloro ai quali manchi il tempo di consultare i ponderosi trattati che arricchiscono la letteratura sull'argomento, libro di pratica come poteva attendersi da un profondo conoscitore della materia, direttore di uno dei maggiori Sanatori francesi, con l'ausilio dei radiologi di Leysin.

MONTELEONE.

F. PARODI. *La mécanique pulmonaire.* Volume in-8° di pagg. 224 con 53 figg. Masson & C., Paris, 1933. Fr. 36.

È un'opera originale e del tutto personale, che apre senza dubbio ai lettori degli orizzonti completamente nuovi. Il punto di partenza delle ricerche dell'A. riposa su una base logica: il polmone, egli dice, è un organo di cui la funzione è essenzialmente meccanica, e allorchè è malato, è suscettibile di cure meccaniche. Se vogliamo razionalizzare le nostre idee ed i nostri metodi, applichiamo ad esso le leggi conosciute della fisica e della meccanica che regolano i corpi della sua categoria, ossia i solidi elastici.

A leggere quest'opera si rimane convinti che questa scienza nuova, anche indipendentemente dalle conseguenze lontane che potrà avere sull'orientamento generale delle idee cliniche, anatomo-patologiche o terapeutiche, oggi così numerose, avrà, naturalmente, un'immediata e importante ripercussione sulla condotta della cura con il pneumotorace artificiale.

L'A., nel corso delle sue ricerche, ha considerato i fatti clinici come espressione esclusiva di fenomeni fisici e meccanici. Pur non volendo disconoscere l'importanza che queste manifestazioni cliniche hanno per sè stesse, egli pensa che esse debbano esser ridotte alle loro giuste proporzioni ed apprezzate secondo

l'ordine delle cause fisiche che le determinano.

Per trattare delle questioni meccaniche, l'A. ha dovuto adoperare dei termini propri a questa scienza. Per facilitare tuttavia la lettura e la comprensione del testo, alcune volte un po' arduo per chi poco familiarizzato con le nozioni di meccanica, ogni capitolo è preceduto da un breve riassunto, ad opera del Dr. Lefèvre, che riassume le idee direttive con uno spirito puramente clinico. A. POZZI.

J. LINGENFELDER. *Der Artz als Führer der Neuzeit.* Vol. in-16° di 157 pag. B. Westermann Co. Berlin-New York.

L'A. vede nel medico buono e sperimentato la salvezza sociale. Esso è, oggi, il migliore amico del popolo, conosce le leggi della vita e studia pazientemente l'essenza di un dato fenomeno, mettendo le sue forze a servizio della umanità sofferente.

In una serie di capitoli, dove ogni paragrafo è inspirato ad un motto, l'A. esamina diverse questioni: la salute e la malattia, la guarigione e la risoluzione, l'Io e la vita, la scuola della vita, ecc. osservando alla fine che noi siamo ad una svolta della storia. La nuova scienza, ricca come è, condurrà ad una nuova fede pura e dall'intima connessione di entrambe sprizzerà la scintilla del nuovo volere.

Il libro è inspirato ad un sano ottimismo; « ad ogni afflizione » — egli dice in un punto — « si accompagna la speranza ». Nella salute del popolo e nella pace sociale, osserva in un altro, stanno le premesse e le condizioni essenziali per la pace dei popoli. *fil.*

G. PITTALUGA. *Lavori originali del Laboratorio centrale di ricerche cliniche della Facoltà di Medicina di Madrid.*

L'A., oltre alla nota e feconda attività scientifica, ha anche il grande merito di essere un animatore dei giovani spronandoli ed indirizzandoli alla ricerca scientifica. Lo dimostra il complesso di questi 17 lavori usciti dal Laboratorio di ricerche cliniche dell'Università di Madrid che egli dirige e pubblicati nel 1931 in varie riviste scientifiche spagnuole e straniere.

Vi troviamo studi di istopatologia (Linfogranuloma plasmacellulare sarcomatoide, Pleocariocitosi locale nel linfogranuloma), di biologia generale (Ipervitaminosi), di ricerche di laboratorio applicate alla clinica (Corpi cetonici nel sangue durante l'anestesia; La reazione di Takata-Ara), di elmintologia (un vasto studio sullo Schistosoma, un altro sull'elmintiasi delle miniere); altri di terapia (uno dello stesso prof. Pittaluga sul trattamento dell'echinococco con l'antimonio, altri sul chinostovarsol, sulla sanocrisina nel linfoma tubercolare), ecc., tutti lavori ben condotti e documentati, che portano importanti contributi scientifici e pratici.

A. F.

STORIA DELLA MEDICINA

Il trecentenario di Bernadino Ramazzini.

Bernardino Ramazzini nacque il 5 nov. 1633. Il suo nome è famoso nella storia della medicina quale fondatore della medicina industriale e del lavoro, sia dal punto di vista curativo che preventivo. Per venti anni egli occupò la cattedra di medicina nella scuola di Modena e durante questo periodo fece degli studi sulla malaria e su argomenti di fisiologia. Gli si attribuisce di avere per primo osservato che il mercurio nel tubo sale quando il tempo è bello e si abbassa quando è nuvoloso. La sua più grande opera è indubbiamente il « *De morbis artificium* », pubblicato nel 1700. A tale epoca, avendo egli 67 anni, fu invitato ad occupare la seconda cattedra di Medicina all'Università di Padova. Da allora fino al 5 novembre 1714, giorno della sua morte per apoplessia, egli fece regolarmente ogni giorno la sua lezione. Morì il giorno del suo 81° compleanno.

La sua opera fu pubblicata e ripubblicata in latino ed in molte altre lingue e in molte edizioni. È basata sull'osservazione diretta dei lavoratori in vari tipi di industria e contiene due capitoli interessantissimi sui lavoratori dei metalli, sui cerusici, sugli infermieri addetti alle frizioni ed unzioni dei venerei, sui chimici, tabaccai, balie, pittori, spazzacamini, ecc. E così anche considerazioni sulle malattie dei marinai, degli scrittori, dei lavoratori della mente, dei cantanti e così via. La sua opera rivela un raro umanitarismo, una fine qualità di osservatore scientifico, un brillante senso di *humour* e un fondo di filosofo.

Così il *Journ. A. M. A.* del 12 agosto 1933.

G. LA CAVA.

Sotto il patronato di quattro Università: Parma, Modena e Milano e dei rappresentanti del Governo e dei Podestà delle Città rispettive e di Carpi, ove ebbe i natali, sarà festeggiato, come già annunziammo, il terzo centenario della nascita di Bernardino Ramazzini. Il 4 ottobre nella Clinica del Lavoro di Milano si riuniranno i membri della Commissione Internazionale Permanente di Medicina del Lavoro, i soci della Società Ital. di Medicina del Lavoro, i cultori e i simpatizzanti degli studi di medicina del lavoro in Italia.

L'opera di Ramazzini sarà illustrata in sè e negli sviluppi della Medicina del Lavoro nei varî Stati dai proff.: Martin di Lione; Sir Thomas Oliver di Newcastle u. Tyne; Ministerialrat M. Bauer di Berlino; Gilbert di Bruxelles; Hayhurst E. di Columbus (Ohio); R. Ziel e J. Lowy di Praga; E. Brezina di Vienna; A. Pometta di Lucerna. L'illustre prof. Devoto, direttore della R. Clinica del Lavoro di Milano, parlerà su: « Vedute cliniche di Ramazzini alla stregua della medicina moderna ».

Il giorno 6 i partecipanti si trasferiranno a Parma, poi a Modena ed a Carpi, ove avrà luogo una rievocazione Ramazziniana. R.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 1° giugno 1933.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Prof. G. BAGNARESI. — *Ipertensione e variabilità del complesso ventricolare.*

Ricerche sul polso cerebrale.

Dott. M. MICHELAZZI. — L'O. espone i risultati di ricerche eseguite sul polso cerebrale in un uomo di 55 anni portatore di una cospicua breccia cranica. L'O. ha esperimentato l'azione di numerose sostanze vasomotorie, istamina, adrenalina, acetilcolina, pituitrina, ergotamina, nitrito d'amile, padutin, efetonina, efedrina.

I risultati più evidenti sono stati ottenuti col nitrito d'amile, acetilcolina, istamina e adrenalina.

Le prime tre sostanze hanno dimostrato un aumento notevolissimo del polso ascrivibile a vasodilatazione cerebrale.

L'adrenalina ha dimostrato un aumento di ampiezza del polso cerebrale dipendente probabilmente o da un'azione dilatatrice distrettuale di questa sostanza o da modificazioni passive causate dall'aumentato inotropismo cardiaco.

Segue la dimostrazione di grafiche.

Sulla cosidetta malattia del collo vescicale.

Prof. P. LILLA. — L'O. ritiene che a base di una sindrome di ritenzione non dovuta a prostatismo si trovino lesioni dell'uretra posteriore o del trigono vescicale di varia natura di origine patogenetica.

Infatti i reparti anatomo-patologici, sono stati ora di fatti sclerotici di carattere infiammatorio, ora di ipertrofie muscolari riguardanti lo sfintere ed il trigono, ed aventi carattere funzionale, ora di pliche mucose più o meno vascolarizzate ed aventi sede sul trigono.

Dopo aver discusso, in base alle sue osservazioni personali, sulla natura acquisita o congenita di esse conclude che l'origine congenita deve esser riservata alle pliche mucose valvolari, riguardando le lesioni di altro genere come semplici fatti infiammatori della porzione craniale susmontanale dell'uretra.

Con questa concezione della malattia, cade anche la necessità di chiamarla come impropriamente si dice « malattia del collo » giacchè non esiste una patologia di una regione che anatomicamente non esiste nè può esistere altro che in via convenzionale: siamo quindi o in piena patologia dell'uretra posteriore o della vescica.

L'O. vuol mettere in guardia anche contro possibili errori diagnostici col cancro iniziale delle glandole intrasfinteriche, la cui sintomatologia sul principio e per un tempo assai lungo è comune con quella della cosidetta « malattia del collo ».

Ricerche sperimentali sull' avvelenamento acuto da piombo tetraetile introdotto per inalazione.

Prof. CESARIS DEMEL, dott. D. CORBI e V. COSTANZI. — Gli OO. considerando che furono osservati alcuni casi di saturnismo negli operai meccanici che lavoravano in locali male aereati nei quali si svolgevano esalazioni di piombo tetraetile miscelato alla benzina, hanno tentato se sperimentalmente fosse stato possibile riprodurre in varie specie di animali lo stesso fenomeno, al fine di estendere poi l'applicazione della introduzione del piombo alla cura dei tumori maligni. Le prove sperimentali hanno dimostrato, per l'avvelenamento da piombo tetraetile che il gruppo etilico prevale sul metallico, in quanto dalle prove chimico-tossicologiche isto-chimiche, dagli esami del sangue e degli organi parenchimatosi non si ricavano dati specifici per la fissazione del piombo ai tessuti.

Seduta del 22 giugno 1933.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Sulla cura chirurgica delle ulceri alte della piccola curva.

Prof. F. NIOSI. — L'O. dopo aver passato in rassegna i processi operatori per le ulceri gastriche in generale e dopo aver dimostrato che il processo ideale è la resezione piloro-gastrica, sostiene che per le ulceri situate in alto sula piccola curva la resezione piloro-gastrica coi metodi ordinari non è consigliabile perchè si verrebbe a sopprimere quasi tutto lo stomaco. Risponde invece bene il processo della resezione a doccia di Pauchet. L'O. l'ha sperimentato in una donna di 44 anni (operata da 5 mesi) ottenendo un risultato funzionale eccellente.

Rilievi clinici sulle attuali infezioni luetiche.

Prof. R. PORCELLI. — L'O. ha notato nella sua provincia e zona, in questi ultimi tempi, un certo aumento di nuovi contagi sifilitici come risulta da osservazioni private e da quelle dei Dispensari Celtici. Contagi assai variati per origine, spesso estranea alla zona stessa, e per sintomatologia iniziale e successiva con tendenza alla arsenoresistenza, come indicano alcuni casi clinici che cita. Tali osservazioni collimerebbero con quelle di altre regioni d'Italia ed estere e avrebbero cause occasionali e determinanti assai complesse. Esclusa ogni deficenza dei servizi di sorveglianza e profilassi celtica che specie nella zona in questione hanno dato risultati brillantissimi, accenna al complesso meccanismo di queste « arsenoresistenze » ed alla necessità che il problema nel suo complesso venga ripresentato e discusso in consesso di sifilografi come avviene ad es. in Francia ove queste mutazioni numeriche e qualitative della sifilide vengono maggiormente accusate.

Dott. A. GRASSI. — *Di un caso di tubercolosi pseudoneoplastica della mammella.*

Su tre nuovi casi di infarto adiposo del fegato.

Prof. A. CESARIS DEMEL. — L'O. illustrando tre nuovi casi di « infarto adiposo » del fegato, da lui per la prima volta descritto, conferma la importanza patogenetica che hanno nel determinarlo e lo stato anemico e la cattiva funzionalità cardiaca, e le alterazioni (in filtrati infiammatori perivascolari, sclerosi) delle arterie nutritize del fegato mentre le limitazioni circolatorie nei sinusoidi in alcuni casi dimostrabili in altri non lo sono. I nuovi casi dimostrano anche che se talora l'infarto adiposo visibile macroscopicamente e l'unica manifestazione dell'infarcimento adiposo che alterazioni di circolo possono apportare nel fegato, in altri casi si possono trovare anche formazioni simili variamente disseminate nel parenchima che per la loro estrema piccolezza sono visibili solo istologicamente e dimostrabili sempre in stretto rapporto a vasi fortemente alterati e presentanti una restrizione od una occlusione del loro lume.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Miocardia e miopatia.

F. de Ruyter (*Le Scalpel*, 22-4-33) descrive due casi di miopatia distale tardiva con partecipazione del miocardio al processo miopatico. Si trattava di due fratelli, uno 57enne e uno 54enne, in cui la malattia aveva avuto decorso lento, e si avevano questi sintomi: amiotrofia, abolizione dei riflessi tendinei, diminuzione dell'eccitabilità idiomuscolare, disturbi trofici cutanei, calvizia precoce, senza disturbi piramidali, nè contrazioni fibrillari, nè dolori, nè disturbi della sensibilità, nè disturbi sfinterici.

In tutt'e due l'elettrocardiogramma dimostrava tachiaritmia completa da fibrillazione e flutter e la teleradiografia dimostrava aumento di volume di tutte le cavità cardiache.

Nelle miopatie fu trovata da Bunting una atrofia con sclerosi del cuore, da Steinert l'atrofia gialla del miocardio. Altri trovarono placche di miocardite fibrosa, altri iperplasia connettivale diffusa con sclerosi vascolare. Per Marinesco le lesioni miocardiche sono identiche a quelle dei muscoli scheletrici. Da parecchi fu trovato clinicamente alterato il cuore.

Nelle autopsie pubblicate il cuore appariva di volume normale.

In alcuni casi c'era bradicardia, in altri insufficienza cardiaca. C'è sempre ipotensione. Solo di 13 casi sono stati pubblicati gli elettrocardiogrammi con una percentuale di alterazioni miocardiche del 60 %.

Bisogna ammettere l'esistenza di una deficienza funzionale primitiva della fibra miocardica come causa della deficienza del cuore senza lesione anatomica (miocardia).

Mentre i segni funzionali sono modici, quelli fisici sono imponenti: oscuramento dei toni, ritmo di galoppo, soffi da insufficienza funzionale, tachicardia, ipotensione, disturbi del ritmo, fenomeni tromboembolici terminali. L'elettrocardiogramma mostra complessi QRS atipici.

Nei due casi dell'A. (di cui uno con esito in morte improvvisa) le alterazioni funzionali riguardavano tanto le orecchiette che i ventricoli.

Nella genesi delle alterazioni muscolari anche miocardiche delle miopatie si deve dare importanza al ricambio della creatina.

R. LUSENA.

Sull'etiologia dell'ipertensione essenziale.

L'etiologia dell'ipertensione essenziale è ancora oscura. Forse ulteriori ricerche metteranno in luce fattori etiologici multipli e dimostreranno che il termine usato è più generico che specifico. Fra le varie ipotesi avanzate per spiegare la genesi di questo tipo di ipertensione una delle più accreditate è quella che sospetta l'eventuale presenza nel sangue di una sostanza ad azione ipertensiva.

Seguendo questo concetto Danzer, Brody e Miles, trovarono un innalzamento della pressione del sangue dopo l'iniezione endovenosa di sangue prelevato da individui con sindrome ipertensiva in gatti atropinizzati e precedentemente desensibilizzati verso il sangue umano: dall'insieme delle loro ricerche conclusero che esiste nel sangue degli ipertesi essenziali una sostanza ad azione ipertensiva. Tali risultati non furono però confermati da altri AA., sì che la questione è ancora rimasta *sub judice*.

G. E. Wakerlin e H. D. Bruner (*Arch. of Intern. Med.*, luglio 1933) hanno voluto studiare la questione, affrontandola con un metodo sperimentale diretto, osservando cioè l'azione del sangue umano di soggetti normali e di soggetti ipertesi direttamente sul tono della parete arteriosa. Questo procedimento è risultato più vantaggioso di quelli che studiavano gli effetti della eventuale sostanza ipertensiva sull'animale *in toto*, in quanto che in questo il meccanismo di regolazione vasomotoria poteva falsare i risultati.

Essi hanno studiato l'azione di trenta sieri di pazienti affetti da ipertensione e di quindici soggetti normali sul tono delle arterie mesenteriche: nessuna differenza evidente hanno trovato, riguardo alle proprietà vasocostrittive, fra siero normale e siero di soggetti ipertesi. Tali risultati verrebbero quindi ad escludere esistenza, nei pazienti affetti da ipertensione essenziale, di una sostanza ad azione vasopressoria periferica.

G. LA CAVA.

Il bagno all'anidride carbonica nell'ipertonia.

Le opinioni degli AA. in proposito non sono affatto concordi, anzi spesso contradittorie. Mentre Makenzie ne parla addirittura ironicamente, Moravitz raccomanda caldamente il bagno di anidride carbonica; Huchard lo considera come nocivo. Gredel come altamente utile. M. Megiborski (*Wracebnoje Delo*, 1933, n. 1) dopo aver seguito 480 malati trattati da lui con tale metodo curativo, giunge a conclusioni incoraggianti; secondo lui il bagno di a.c. avrebbe un'azione regolarizzatrice sulla pressione sanguigna sia in aumento che in diminuzione. Vi sono però delle limitazioni; così p. es. per non affaticare il cuore con alta pressione idrostatica sulla superficie del corpo, il livello dell'acqua non deve superare l'ombelico; il bagno dev'essere moderatamente caldo; si provocherà così l'iperemia periferica e si allieverà la fatica del cuore. Il bagno di a.c. sarebbe controindicato solo nei casi di avanzata arteriosclerosi cerebrale; in tutti gli altri malati esso, oltrecchè regolarizzare la pressione, contribuisce al miglioramento dei sin-

tomi subiettivi, cefalea, oppressione cardiaca ecc. È però mal sopportato dalle donne in climaterio. Comunque sia ogni caso va considerato e trattato individualmente. S. MINZ.

Le crisi anginose dei vecchi.

A partire dai 60-70 anni, le crisi anginose dei vecchi sono il più spesso legate a crisi d'insufficienza del ventricolo sinistro. Vi è scarsa o punta aritmia ed i dolori retrosternali si producono generalmente in seguito ad un movimento, dopo i pasti o durante la notte. Se l'individuo è obeso, i disturbi cessano spesso col dimagrimento.

Si può avere la morte improvvisa, ma assai meno frequente che in età più giovane. Di fatto, verso la settantina, sono già morti quelli sifilitici o con ipertensione di origine renale, sicchè esse hanno una certa probabilità di vivere abbastanza a lungo ed anche di guarire, salvo nei rari casi di individui con aortite e periaortite con crisi continue.

Si penserà alla possibilità di un'origine riflessa, che è il più spesso dovuta al tubo digerente, ma che va anche ricercata nelle vie urinarie (ritenzionisti vescicali); si provvederà in proposito.

Il malato va sottratto ad ogni causa che possa favorire la crisi; riposo in letto se si producono in occasione di movimenti, riduzione dell'alimentazione se si hanno dopo i pasti.

Il riposo in letto sarà mantenuto per 10-15 giorni permettendo soltanto di alzarsi — e con grande precauzione — un quarto d'ora per rifare il letto.

Passate le crisi forti, rimane spesso uno stato penoso di angoscia; si continuerà il riposo in letto fino a che sia passato.

Riduzione dell'alimentazione: per 3-4 giorni, un litro di latte al giorno, preso a piccole dosi con due minestrine al latte mattino e sera; si aumenterà in seguito l'alimentazione con uova, pesce, biscotti, legumi, un bicchiere di vino al pasto di mezzogiorno. Diffidate soprattutto delle carni (maiale, vitello, montone, manzo).

Come *medicamenti*. Essenzialmente lo strofanto (una pillola di estratto di S., un mg., 2-3 volte al giorno, per 15 giorni; sospendere per 5, riprendere e continuare così per dei mesi). La digitalina è indicata nei casi di aritmia: 5 gocce della soluzione al 1/1000, per 6 giorni di seguito; sospendere per 3 giorni e riprendere. Nell'intervallo si darà lo strofanto. La successione dei due medicamenti può essere continuata a lungo.

Allo strofanto si potrà aggiungere la teobromina, specialmente in caso di ipertensione (Teobromina cg. 50, Estr. di strofanto mg. 1; per una carta; due al giorno per 15 giorni, sospendere per 5 e riprendere).

Contro le crisi, è consigliabile la trinitrina (XL gocce della soluzione al 1/1000 con 5 cg. di eroina in 10 cmc. di acqua dist.; se ne prendono XV gocce in acqua zuccherata).

(*Journal des praticiens*, 5 agosto 1933).

fil.

La clinica della trombosi delle coronarie.

Colpisce per lo più individui oltre i 50 anni, del sesso maschile. Ne è caratteristico l'accesso, che si differenzia da quello dell'angina pectoris perchè si manifesta anche in piena quiete (talora nel sonno) e non migliora con il riposo; anzi il paziente cerca col movimento di attenuare i dolori. Anche la sede di questi è diversa, spesso all'epigastrio, sotto lo sterno, con irradiazioni sul torace sinistro. In qualche caso, possono addirittura simulare un'affezione addominale; alcuni sono stati operati ritenendoli affetti da perforazioni gastriche, da affezioni della cistifellea, da pancreatiti. Il dolore può durare anche per vari giorni e lasciare a lungo delle sensazioni di oppressione sottosternale.

G. Scherk (*Deut. med. Wochenschrift*, 16 giugno 1933) rileva che caratteristico per l'accesso è lo « shock »: pallore, abbandono, mancanza di polso, cianosi, sudori freddi. Spesso dispnea, edema polmonare, non raramente vomiti, o conati di vomito od eruttazioni. L'aritmia, che l'A. ha osservato nella metà dei casi può essere dovuta a fibrillazione auricolare oppure a tachicardia ventricolare parossistica. Se vi è blocco cardiaco, si ha uno straordinario rallentamento del polso. Pressione sotto i limiti.

Dopo lo « shock », si hanno per molti giorni lievi aumenti di temperatura; frequente la leucocitosi, diminuita la velocità di sedimentazione delle emazie.

Importante sintoma che accompagna (nel 20-30 % dei casi) la trombosi delle coronarie è lo sfregamento pericardico dovuto all'infarto miocardico ed alla consecutiva pericardite secca. Si tratta per lo più di uno sfregamento transitorio (poche ore o pochi giorni) molto fino, che si ascolta alla punta o sullo sterno.

Frequente è la broncopolmonite nel lobo inferiore sinistro con pleurite secca (dovuta a collasso polmonare); alcuni autori parlano anche di sputi sanguigni.

Come segni di insufficienza cardiaca, si hanno cianosi, dispnea, edema e talora ittero da stasi epatica. Molto importanti per la diagnosi e prognosi sono le modificazioni dell'elettrocardiogramma (specialmente dentellatura a T, profonda ed acuminata, in II e III derivazione).

La prognosi è particolarmente seria; la maggior parte dei pazienti muore nell'accesso od entro pochi giorni per debolezza miocardica.

fil.

La terapia dell'occlusione acuta delle coronarie.

E. S. Kilgore (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 4 febbr. 1933) osserva che il quadro tipico

dell'occlusione coronarica acuta (collasso circolatorio con dolore anginoso, che si ha senza causa ovvia, poco influenzato dai nitriti, con febbre, leucocitosi e sfregamento pericardico) manca spesso. Parecchi autori hanno richiamata l'attenzione sulla forma che simula l'addome acuto; l'A. ha osservato recentemente fra le diagnosi errate quelle di influenza con insufficienza cardiaca, di mal di gola con disturbi cardiaci, di neurite brachiale, di gastrite; il dolore può essere sostituito dalla dispnea o dalla caduta subitanea della pressione. Spesso, ed i risultati delle autopsie lo comprovano, l'occlusione acuta delle coronarie si manifesta nel più assoluto silenzio dei sintomi.

La condizione si ritiene spesso disperata sicchè il trattamento non è adeguato o non è istituito con fiducia, mentre invece può essere molto utile specialmente quando l'occlusione non ha colpito un ramo grosso.

Importantissimo è il riposo prolungato ed assoluto, senza tener conto della eventuale mitezza dei sintomi o del decorso. Inoltre, come regola, si eviti la somministrazione di digitale. Invece è molto utile la somministrazione precoce di ossigeno e di teobromina (60 cg. di salicilato per i primi 10 giorni). L'ossigeno ha un ottimo effetto analgesico (meglio che la morfina, troppo spesso usata in tali casi) in quanto che il dolore è soprattutto dovuto a deficiente provvista di ossigeno nell'area dell'infarto.

Si darà un'adeguata nutrizione, specialmente in vitamina C (succo di limone) e in glucosio (ipodermoclisi di soluzione al 3-4 %). Unitamente alla teobromina, si darà della chinidina, che ha soprattutto scopo profilattico nel senso di prevenire i frequenti e disastrosi disturbi del meccanismo del battito cardiaco.

fil.

La terapia della tachicardia ortostatica.

Il passaggio dal decubito supino alla stazione eretta produce in tutti gli individui un aumento delle pulsazioni cardiache (circa 6-8); si parla di tachicardia ortostatica quando tale aumento raggiunge almeno le 20 pulsazioni e permane invariato o quasi tutto il tempo che dura la stazione eretta.

Si tratta per lo più di individui deboli, delicati a sistema vasale ipoplasico e talvolta stimmate degenerative; per lo più di abito longilineo microsplancnico, con cuore a goccia ed i segni di nevrosi vascolare.

A. Sani (*Cuore e circolazione*, maggio 1933) si occupa a fondo di tale malattia, di cui tratta anche la diagnosi differenziale, il valore semeiotico e la patogenesi.

Per quanto riguarda la terapia, osserva che, trattandosi di una neurotonia a prevalenza simpatica, per lo più su base costituzionale endocrina, sarà anzitutto indicato di diminuire lo squilibrio vago-simpatico con sedativi nervini (bromuri, estratto di Crataegus, passiflora, marrubio bianco; teoricamente, antitiroidina, ergotamina). Nelle ipertonie relative del simpatico da ipotonia vagale è utile aumentare il tono vagale con insulina, eserina. Nelle neurotonie da alterato metabolismo dei sali alcalino-terrosi, si potrà tentare di regolarizzare gli influssi vegetativi con medicazione jonica (calcio, potassio, magnesio).

I cardiocinetici propriamente detti (digitale, strofanto, chinidina) sono inefficaci o peggiorano la situazione.

Sarà opportuno rinforzare l'organismo per migliorare la nutrizione del sistema nervoso, rendere più elastico il giuoco dei vaso-motori (docce alternate) tonificare lo splancnico (spumature fredde lombari). Se esiste spiccata ptosi viscerale, portare la fascia addominale.

Nei casi con cuore molto irritabile, imporre una certa posologia dei movimenti, evitando sforzi bruschi e gli esercizi che più attivano il riflesso ortostatico, preferendo quello che meno lo provocano (bicicletta, canottaggio); astinenza da caffè, tè, alcool, grandi emozioni. Con molta cautela si permetterà l'aviazione e con moltissime riserve il pilotaggio degli apparecchi.

fil.

Cura della claudicazione intermittente con estratto muscolare.

Gli estratti muscolari hanno azione dilatatrice sulle arterie coronarie e sui vasi periferici. U. Newman (*The British Medic. Journ.*, 8 aprile 1933) ha usato il lacarnol e il padutin in dieci casi di claudicazione intermittente e in tutti meno uno ebbe un miglioramento definitivo che durava dopo sei mesi e anche, in qualcuno, dopo un anno. La cura era fatta per iniezioni quotidiane per sei giorni consecutivi, poi per bocca per parecchie settimane.

R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La reazione di Rocchi.

Con questo nome B. Le Bourdèlles (*Revue Médicale Française*, marzo 1933) denota una reazione proposta da F. Rocchi e che consiste nell'iniezione intradermica di una soluzione di pigmento nero o melanico della malaria. Le ricerche del Rocchi dimostrano che questa reazione compare con molta frequenza nei soggetti non malarici: 82 %; invece essa è rara nei malarici in atto: 22 %. Gli antichi malarici si comportano come i non malarici, anzi in proporzione maggiore: difatti in tali soggetti essa si rende manifesta nel 93 % dei casi. Individui non malarici, ad intradermoreazione positiva, inoculati con malaria a scopo terapeutico, divennero a Rocchi negativa, per poi riassumere la positività in 40ª-60ª giornata.

Il comportamento dei malarici sarebbe do-

vuto alla produzione di anticorpi diretti contro il pigmento e che neutralizzano l'azione irritante da questo esercitata normalmente sul derma.

Il pigmento preparato dal Rocchi è stato sottoposto ad esame chimico e spettrometrico da L. Heilmeyer, il quale da soluzioni alcaline ha ottenuto uno spettro simile a quello dell'ematina, ma non identificabile con esso. Questo A. ne desume che detto pigmento è costituito da ematina in combinazione con una sostanza azotata; la natura ematinica della parte pigmentaria è stata confermata dalla riduzione a porfirina e dalle reazioni del blu di Prussia. Questi dati confermano e completano i rilievi di Carbone, di V. Ascoli e di Vernoni sulla natura del pigmento malarico melanico (che va distinto da quello ocraceo). A. P.

Sulla reazione di fissazione del complemento nello zoster e nella varicella.

I rapporti etiologici fra zoster e varicella sono così netti da far pensare che non si possa ammettere una semplice coincidenza. Un contributo biologico fu portato da Netter e Urbain mediante la deviazione del complemento su sieri di varicellosi e di affetti da zoster in maniera crociata. In ricerche successive Netter e Urbain ottennero 93 % di positività nello zoster e 81,7 % nella varicella.

Dalle ricerche di Netter e collaboratori non esistono differenti zoster (cioè uno sintomatico e uno idiopatico); inoltre lo zoster è diverso dall'erpete semplice e il virus dello zoster è identico a quello della varicella. Altri hanno negato queste conclusioni (Landa e Silberstein, C. de Lange, Ehara).

G. Spicca (*La Riforma Medica*, 5 agosto 1933) ha controllato queste ricerche in 6 casi di zoster e in 24 sieri controlli. Ha notato in tutti i sieri di affetti da zoster netta inibizione dell'emolisi con antigene zonatoso, mentre questo fatto non si è verificato nei controlli. Le prove di Netter non possono però risolvere senz'altro il problema dell'identità fra zoster e varicella perchè i sieri di varicellosi hanno risposto all'antigene omologo con netta positività, mentre quelli zonatosi hanno risposto con inibizioni parziali. Quindi bisogna, secondo Spicca, affacciare l'ipotesi delle « reazioni di gruppo ». R. LUSENA.

Sulle relazioni del sistema reticolo-endoteliale con l'immunità.

E. Baeza Alonso (*La Medicina Ibera*, 20 maggio 1933), rileva che nella infiammazione intervengono cellule del sistema reticolo-endoteliale, nel senso ampio ad esso assegnato da Aschoff, e ciò fa sospettare, data la natura reattiva di quel processo, la funzione difensiva di dette cellule. Lo stato funzionale del sistema reticolo-endoteliale influisce sopra il corso delle infezioni e la immunizzazione attiva produce un mutamento ed un orientamento specifico nella capacità funzionale del sistema. La immunizzazione passiva esige, per produrre tutto il suo effetto, un buon funzionamento del sistema. Analogamente lo choc anafilattico ed il processo farmacologico della chemioterapia sembrano condizionati dall'intervento del sistema reticolo-endoteliale.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze non si può più assegnare al sistema reticolo-endoteliale una importanza esclusiva su tutti i processi e le forme di immunità.

C. TOSCANO.

Sul potere ossalolitico del sangue.

L'acido ossalico introdotto nell'organismo è, secondo alcuni, eliminato parzialmente, secondo altri invece è eliminato in toto per le urine.

Salvatore Maugeri, (*La Riforma Medica*, 15 luglio 1933) che già aveva dimostrato che la somministrazione di acido ossalico mediante alimenti ossalofori, non determina nessuna modificazione dell'ossalemia di individui normali, ha studiato il comportamento dell'acido ossalico aggiunto a sangue in vitro allo scopo di vedere se il sangue ha un potere ossalolitico e di che natura. Dalle sue ricerche, accuratamente e ampiamente riportate, risulta che il sangue defibrinato possiede in vitro potere ossalolitico legato alla parte corpuscolare del sangue e termolabile, poichè scompare se si tiene il sangue a bagnomaria a 50° per 20'.

R. LUSENA.

VARIA.

Effetti della crisi economica sullo stato mentale.

Il dott. Logre esamina, nel *Temps*, le conseguenze della crisi economica sullo stato mentale. Il numero degli psicopatici non è aumentato in modo sensibile, perchè la crisi, in genere, si limita a rendere più manifeste le anomalie psichiche già esistenti, come accadeva in guerra.

Invece si è modificato il genere delle psicopatie; ad es., nei manicomi si hanno oggi parecchi « perseguitati » dall'agente delle imposte o dal padrone di casa; come pure, soggetti che temono il fallimento della ditta dove erano impiegati.

V'è anche un « complesso » mentale con sensazione di prossima rovina. Ed è aumentato il numero dei melanconici. Ancora: sono aumentati i tossicomani, in specie gli alcoolisti, che preferiscono dedicare le loro scarse risorse all'alcool, anzichè ai cibi. Infine, durante gli ultimi anni il numero dei suicidi è aumentato (a Parigi è raddoppiato); questi avvengono specialmente in persone che prima si trovavano in buone condizioni economiche.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

77° *Dottor M. D. V.* — Gli aumenti periodici dello stipendio hanno effetti continuativi; ciò significa che il trattamento economico risultante dagli aumenti permane sinchè dura il rapporto di impiego.

78° *Dottor F. P.* — Il consorzio non sarà obbligato a provvedere alla nomina del titolare mediante concorso pubblico. Può stabilire, anzi è generalmente opportuno che stabilisca e regoli la successione dall'uno all'altro ente nel rapporto di impiego. A ciò si può provvedere o con l'atto costitutivo del Consorzio o con atto separato. Essendo Lei l'unico titolare, non vi è ragione di sacrificare la stabilità: è vero che sorge un ente nuovo, ma in realtà la modificazione è trascurabile.

79° *Dottor D. N.* — La vigilanza igienica scolastica è esercitata dall'ufficiale sanitario per dovere normale: non è, quindi, dovuta speciale indennità per tale servizio. Si può considerare, invece, il rimborso delle spese per mezzi di trasporto.

80° *Dottor. A. D.* (S. B.). — È da ritenere che la indennità per i mezzi di trasporto sia soggetta alla imposta di Ricchezza mobile.

81° *Dottor G. M.* — Chi ha prestato servizio in condotta medica, per ufficio di *titolare, anche in tempo non recente*, è dispensato dal limite di età, malgrado diverse e contrarie disposizioni dei capitolati locali o dell'avviso del concorso La esenzione è stabilita dall'art. 27 ultimo comma del R. D. 19 luglio 1906, n. 446, con norma inderogabile.

82° *Dottor E. G.* — Non è dubbio che il servizio interinale prestato nello stesso Comune sia valutabile agli effetti della stabilità qualora Lei sia nominato, senza discontinuità e in base a concorso, all'ufficio di titolare della condotta unificata. Sino a quando non sarà costituita l'amministrazione consorziale, ordinaria, il Commissario, incaricato degli atti inerenti alla nomina del medico, può, legalente provvedere, se, frattanto, il concorso sia espletato. Ragioni di opportunità consiglierebbero di attendere, visto che è prossima la costituzione della rappresentanza ordinaria.

83° *Dottor S. C.* — Il medico condotto non è obbligato a fare referto se la persona assistita possa essere esposta a procedimento penale, qualora, però, egli abbia rilevato il caso, presumibilmente delittuoso, nell'esercizio della sua professione sanitaria.

Il pubblico ufficiale che ha avuto notizia di un reato, nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, deve fare subito denunzia all'autorità giudiziaria (art. 361, C. P.); Ma colui che presta la sua opera di assistenza, nell'esercizio di una professione sanitaria, non è obbligato al referto se, come ho detto, può essere esposta a procedimento penale la persona assistita (art. 365). Questa è la disposizione applicabile nel caso da Lei indicato.

Generalmente, la indennità per mezzi di trasporto è limitata all'assistenza gratuita dei poveri. Se non risulti espressamente che la indennità fu estesa anche al servizio degli abbienti, si deve ritenere che l'effetto sia limitato al vero e proprio servizio di condotta medica. Il sanitario condotto è obbligato, se richiesto, a prestare assistenza anche agli abbienti: ma questa è prestazione professionale estranea al rapporto d'impiego. La retribuzione risulta dalle tariffe che sono approvate dal Prefetto. Se non siano stabilite speciali disposizioni per le visite a distanza e, quindi, per i mezzi di trasporto, è da ritenere che oltre l'onorario risultante dalle tariffe il medico condotto abbia diritto o al mezzo di trasporto o al rimborso delle relative spese quando la sua opera sia richiesta in condizioni che rendano necessario questo mezzo.

84° *Dottor M. R.* (A.). — L'art. 18 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2841 prescrive l'obbligo del concorso per la nomina dei primari specialisti degli Ospedali, qualunque sia l'importanza dell'Istituto e per la nomina dei medici primari ospedalieri in genere, quando si tratti di ospedale che abbia almeno 500 letti. Questa è la sola limitazione di carattere generale.

Le forme della nomina sono disciplinate dagli statuti e dai regolamenti locali. Se è prescritto l'obbligo del concorso, anche fuori dei casi previsti dal citato art. 18, non è possibile la nomina diretta.

85° *Dottor G. F.* (F.). — È da ritenere che la indennità annua fissa, essendo supplemento di stipendio, e in ogni modo, non essendo attribuita a titolo di caroviveri, non sia soggetta alle riduzioni stabilite nel 1927. La ritenuta è, quindi, indebita.

Competente a conoscere della contestazione è la G. P. A. in s. g.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Visioni d'Italia.

Con questo titolo il più diffuso giornale medico di Francia, *Journal des Praticiens*, nel suo numero del 16 settembre 1933, pubblica un articolo editoriale sulle realizzazioni del fascismo.

Forse è la prima volta che in buona lingua francese è stato fatto l'elogio, e con tanta ammirazione entusiastica, delle opere compiute in Italia dall'avvento del nuovo regime.

Riportiamo in buona parte l'articolo senza commenti, perchè ogni commento è superfluo.

..... *Quattordici anni fa in Italia c'era l'anarchia, la rovina di ogni cosa. Compare Mussolini e le cose cambiano di colpo. L'intereresse generale prende il sopravvento sulle divergenze degli interessi particolari. Ciascuno obbedisce e trova che è conveniente sottomettersi. Non vi sono più scioperi, perchè gli scioperi sono proibiti. Sorge una quistione tra il lavoratore ed il datore di lavoro? Una commissione giudicherà. Innanzi tutto conviene intendersi.*

La disoccupazione quasi non esiste. Il Governo esalta l'amor proprio dell'operaio. Gli dice: « Tu non sei un mendicante. Il tuo onore d'italiano ti obbliga a guadagnarti la vita. V'è pane per tutti ». Mussolini ha intrapreso lavori pubblici di portata enorme, che raccolgono l'ammirazione e l'applauso di tutti. Ha costruito, riparato tutte le strade, prosciugate le paludi Pontine. Le vie nazionali sono levigate come il tappeto d'un bigliardo, e sono munite di tutte le segnalazioni per regolare ed agevolare il traffico.

I disoccupati sono costretti al lavoro. Mussolini dice a ragione: « Un uomo che non fa nulla per due anni è incapace di riprendere gusto al lavoro ». Allora il Duce apre nuove vie, allarga le preesistenti, rende salubri regioni infestate dalla malaria, ottenendo così un doppio risultato: conserva nell'operaio la capacità dello sforzo e rende produttive regioni inospitali e sterili. Un'impresa che nessuno prima di lui aveva ritenuto possibile. Ah! gli organizzatori di scioperi, i cattivi pastori degli operai possono ben dolersi, non hanno più niente da fare in Italia.

..... *Il senso della vita ordinata secondo le regole del reale si rivela nei minimi dettagli. In nessun paese del mondo le leggi dell'igiene sono più scrupolosamente osservate. Non esistono più preoccupazioni elettorali, gli atti del Governo sono dettati solo dalla visione dell'interesse generale. E ciascuno ha compreso che il suo vantaggio è in tal modo assicurato. Ciò che migliora le condizioni d'una collettività non può che essere favorevole ai singoli.*

L'individualismo, che è il fermento corruttore di ogni civiltà, non alligna più in Italia. I francesi non possono che ammirare e ricevere, dagli alleati dell'ultima guerra, le lezioni di una organizzazione non adattate ai principî di un'ideologia generosa sì ma vana, di un'organizzazione inspirata e diretta dalla comprensione illuminata delle necessità vitali, indispensabili tanto alla sicurezza ed alla prosperità di una nazione come alla tranquillità ed al benessere dei suoi cittadini.

CONCORSI.

POSTI VACANTI

ARADEO (*Lecce*). — Scad. 10 ott.; per Secli; lire 8500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

BARDINETO (*Savona*). — Scad. 31 ott.; L. 8400 da decurtarsi del 12 %; 10 bienni ventes., oltre L. 300 bicicletta e L. 500 uff. san., c.-v.

BASSIANO (*Roma*). — Scad. 30 nov.; L. 10.500 oltre L. 400 uff. san.; età lim. 35 a.

BIENNO (*Brescia*). — Scad. 31 dic., ore 12; con Prestine; L. 9000 e 6 quinquenni dec., oltre c.-v., L. 800 trasp.; riduz. 12 %; addizionale L. 3 oltre il 20 % della popolaz.; tassa L. 50.

BOLOGNA. *R. Ricovero di Mendicità V. E. III ed Opere Pie Annesse.* — Scad. 15 nov., ore 17; medico primario, chirurgo, medico aiuto, medico assistente; stipendi rispettiv. L. 5000, L. 2600, lire 5500 e L. 4400; tassa L. 50; per le altre condizioni rivolgersi all'Amministraz.

CAMPAGNANO DI ROMA (*Roma*). — Scad. 15 nov., ore 18; L. 9500 per 1000 pov.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; addizionale L. 4; L. 1267,20 c.-v.; L. 400 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 sett.

CANDIA LOMELLINA (*Pavia*). — Scad. 15 ott.; lire 11.000 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec.

CAPACCIO (*Salerno*). — Scad. 15 ott.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 rivalsa cavalcat.; trattenute di legge; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

CUNEO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 10 nov.; direttore del Consorzio e del Dispens. di Cuneo; L. 20.000; trattenute di legge; età lim. 45 a.; chied. annunzio.

ENNA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare — Direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio annuo lordo L. 18.000. Indennità servizio attivo L. 4000 salvo riduzione 12 % e ritenute legge. Le domande con i documenti specificati nel bando di concorso dovranno pervenire non più tardi del 25 novembre 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Enna.

FOLIGNO. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 31 ott., ore 17; tre aiuti med. chir. presso l'Ospedale Civile S. Giovanni Batt.; età lim. 30 a. al 31 ag.; tassa L. 25,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 5000, oltre L. 500 serv. att.; eventuale c.-v.; riduz. 12 %; percentuale.

LECCO (*Como*). — Scad. 31 ott., ore 18; 5ª condotta; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., c.-v., addizion.

L. 2,50 oltre i 1400 pov.; riduzioni e trattenute di legge; età lim. 35 a.; voti di laurea e di esami; doc. a 3 mesi dal 10 sett.; titoli ed esami.

MAGENTA (*Milano*). *Ospedale Civico*. — Proroga 15 ott.; medico chir. assistente.

MARINO (*Roma*). — Scad. 30 nov.; 2ª zona; lire 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v.

MILANO. *Consiglio Provinciale Antitubercolare*. — Scad. 15 dic., ore 17; 4 medici direttori di Sezioni dispensariali; L. 14.000, decurtate del 12 %; età lim. 40 a. al 15 sett.; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; tassa L. 50,10. Chiedere annunzio (via Monforte 31).

NUCHIS (*Sassari*). — Scad. 15 ott.; L. 8976 oltre L. 2090 cavalc., L. 836 uff. san., L. 250 arm. farm., al netto 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

NUORO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 25 nov.; direttore del Consorzio e del Dispens. di Nuoro; L. 18.000 oltre L. 3000 serv. att. Rivolgersi Segreteria.

OSPEDALETTO LODIGIANO (*Milano*). — Scad. 15 ott., ore 17; con Orio Litte; L. 11.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3500 trasp., L. 850 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

PARTINICO (*Palermo*). — Scad. 11 dic.; L. 8000 e 5 quinquenni dec.; riduzioni e trattenute di legge; titoli ed esami.

PIANA DEI GRECI (*Palermo*). — Scad. 30 nov., L. 8250.

PIGNOLA (*Potenza*). — Scad. 25 ott.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.

POLA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 4 nov.; direttore del consorzio e del dispensario provinc. di Pola; aiuto medico nel dispensario predetto; stipendi rispettiv. L. 18.000 e L. 12.000, con 3 quinquenni dec.; età lim. 45 a.; 2 anni di eserc. profess. Rivolgersi al presidente.

PORRETTA TERME. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 31 ott.; aiuto medico dell'Ospedale Costa; età lim. 35 a. al 15 sett.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; mensilm. L. 500 nette da R. M., oltre L. 200 per gabinetto radiologico; percentuali 20 e 60 %; tassa L. 50,10.

POTENZA. *Amministrazione Provinciale*. — Il Preside, con bando del 14 corrente, informa che il termine di scadenza del concorso, di cui all'avviso 15 maggio 1933, per il posto di Direttore della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio provinciale d'Igiene e Profilassi, prorogato al 15 settembre 1933, è nuovamente prorogato fino alle ore 18 del giorno 31 ottobre p. v.

RHO (*Milano*). — Scad. 31 ott., ore 17; con Pero; L. 11.500, ridotte; addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.; 5 quadrienni dec.; L. 3000 automob. o cavalc.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

RONSECCO (*Vercelli*). — Per titoli. Posto di Medico-Condotto Ufficiale Sanitario. Stipendio lordo L. 8500, caroviveri, indennità per bicicletta; il tutto da ridursi del 12 %. Popolazione 1924 ab. Poveri 174; circa L. 4000 annue per assistenza lavoratori immigrati. Alloggio nuovo prezzo favore casa comunale. Termine utile presentazione documenti ore dodici del 30 novembre 1933.

SILLANO (*Lucca*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 e 5 quinquenni dec., L. 2000 cavalc., L. 600 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti*. — Scad. 25 nov., ore 17; concorso ai posti di med. chir. assistente in albo scoperti; L. 3960 (già ridotte del 12 %); titoli ed esami; tassa L. 50; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 25 agosto.

VENTIMIGLIA (*Imperia*). — Scad. 16 ott.; IV Zona; L. 7500 e 10 bienni ventes., oltre L. 2000 trasp., c.-v.; riduz. 12 %, addizionale L. 5 oltre i 500 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore*. — Scad. 20 ott.; primario della Sezione pediatrica.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premi Lepetit per tesi di laurea.

Sotto gli auspici del Comitato Nazionale per la Medicina del Consiglio Nazionale delle Ricerche la Lepetit S. A. istituisce 10 premi da L. 1500 e 5 da L. 1000, da assegnarsi ai laureandi italiani autori delle migliori tesi di laurea in Medicina e Chirurgia, eseguite nelle Università Italiane.

A titolo di parziale rimborso delle spese sostenute per le ricerche sperimentali dagli Istituti presso i quali verranno eseguite le tesi di laurea, la Lepetit S. A. istituisce un contributo di L. 500 per ciascun Istituto nel quale sia stata eseguita una tesi premiata.

Le tesi premiate saranno pubblicate in un volume a cura della Lepetit S. A., che curerà inoltre di dare adeguata diffusione alla pubblicazione. Dal volume sarà esclusa ogni forma di « réclame », sia di altre Ditte, sia della Ditta Lepetit. Il volume porterà questa dizione: « Tesi di laurea dichiarate vincitrici dei premi Lepetit 1932-33-XI da una commissione nominata dalla presidenza del Comitato Nazionale per la Medicina ».

Per il programma rivolgersi all'Ufficio Scientifico della Lepetit S. A., via Mauro Macchi 7, Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Raffaele Cimmino è stato preposto alla direzione dell'Istituto Sieroterapico Nazionale di Napoli; egli ha lasciato, pertanto, la direzione generale degli Ospedali Riuniti della stessa città.

Il prof. Umberto Di Giacomo è nominato direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Agrigento, del quale gli era già stata affidata la reggenza.

Al prof. Ernesto Cacace, fondatore della nipiologia, è stata conferita la medaglia d'oro dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia per gli eminenti servigi resi all'assistenza materna ed infantile come ispettore delle cattedre ambulanti di puericoltura della Campania.

Il dott. Dupérié, professore di medicina sperimentale a Bordeaux, è passato alla cattedra di clinica medica.

La dott.a Fanny Halpern, della Clinica neuropsichiatrica dell'Università di Vienna, è nominata direttrice della Clinica psichiatrica del Collegio medico nazionale di Sciangai (Cina).

Il prof. George T. Vaughan, che ha lasciato la direzione dell'Istituto di clinica chirurgica presso l'Università di Georgetown dopo 36 anni d'insegnamento, è stato fatto emerito; egli conta ora 74 anni. Gli succederà il prof. James A. Cahill jr.

Il prof. Peter C. Kronfeld, di Chicago, è nominato direttore dell'Istituto di oftalmologia del « Peiping Union Medical College » a Peiping, Cina.

Il prof. Arthur M. Wright è chiamato alla cattedra di clinica chirurgica dell'Università di New York, la quale è stata intitolata al prof. George David Stewert.

Il prof. William C. Lusk, che ha lasciato la cattedra di clinica chirurgica dell'Università di New York dopo 30 anni d'insegnamento, è stato fatto emerito.

Il prof. Isaac Seth Hirsch è chiamato alla cattedra di roentgenologia dell'Università di New York, quale successore del prof. Leon T. Le Wald, andato a riposo.

Il dott. MacIlroy, attualmente direttore della Scuola Medica del Collegio di Richmond (Stati Uniti), è nominato direttore dell'Ospedale americano di Neuilly (Francia), in sostituzione del dott. Robert Davis, dimissionario.

Il dott. Olympio da Fonseca figlio è nominato professore cattedratico di parassitologia medica alla Facoltà di medicina di Rio de Janeiro.

Alla Facoltà medica di La Plata sono nominati i dottori: A. Errecart, titolare di oto-rino-laringologia; Orestes Adomi, titolare di patologia medica.

Il dott. L. P. Post è nominato direttore dell'Istituto di Oftalmologia dell'Università Washington a Saint Louis.

Il dott. E. L. Miloslavich, già professore di anatomia patologica all'Università di Vienna, poi professore di patologia e batteriologia alla Scuola medica dell'Università Marquette in Milwankee (Stati Uniti d'America), ha ora accettato la nomina a direttore dell'Istituto di medicina legale della Regia Università di Zagabria, in Jugoslavia.

Sir Charles Arthur Kinahan Ball è nominato regio professore di chirurgia (professore di clinica chirurgica) all'Università di Dublino, quale successore del compianto sir William Taylor.

Il dott. Ivan de Burgh Daly, professore di fisiologia a Birmingham, è chiamato a coprire la stessa cattedra a Edinburgo, in sostituzione di sir Edward Sharpey-Schäfer, ritiratosi.

Il prof. L. Hektoen, di patologia all'Università di Chicago, ritiratosi dall'insegnamento, è nominato emerito.

Le Facoltà mediche di Varsavia e di Cracovia hanno eletto decani (presidi) i proff. Erbrich, di oto-rino-laringologia, e Latkowski, di patologia medica.

Il premio internazionale Alvarenga, bandito dal Collegio dei Medici di Filadelfia, è stato assegnato ai dottori H. Shay e J. Gersnon-Cohen, della stessa città, per i loro studi sulla fisiologia dello stomaco nell'uomo. (Non accade solo in Europa che premi detti internazionali siano assegnati quasi esclusivamente a studiosi del posto).

La dott.a Maysil M. Williams è nominata ufficiale sanitario dello Stato del North Dakota (Stati Uniti); ella è canadese e laureata all'Università di Toronto.

NOTIZIE DIVERSE.

Provvedimenti per gli Enti culturali.

Fra i provvedimenti approvati dal Consiglio dei Ministri è di notevole importanza quello presentato dal Ministro dell'Educazione Nazionale concernente « provvedimenti per le Accademie, gli Istituti e le Associazioni di Scienze, di Lettere ed Arti ».

Si tratta di uno schema di Regio Decreto composto di pochi articoli con cui si dispone per la revisione degli Statuti di tutte le Accademie ed Associazioni ed Enti Culturali del Regno.

È noto che alcune di queste Accademie ebbero vita ancor prima della costituzione del Regno d'Italia. Ora, gran parte dei loro statuti appaiono invecchiati e superati; donde la necessità della revisione e del disciplinamento delle singole attività. L'una e l'altro dovranno essere compiuti entro un anno dalla pubblicazione della legge.

Il compito della revisione è stato affidato ad una commissione presieduta dall'on. Di Marzo, la quale si è già riunita.

Con il detto Regio Decreto è fatto l'obbligo del giuramento per tutti i membri di ciascun Istituto, giuramento che si effettuerà per l'Accademia d'Italia nelle mani del Capo del Governo; per l'Accademia dei Lincei presso il Ministro dell'Educazione Nazionale; per gli altri Enti ed Associazioni presso i Prefetti, o nelle mani dei rappresentanti governativi degli enti interessati.

4° Congresso internazionale sul reumatismo.

Ricordiamo che la Lega internazionale contro il reumatismo terrà il suo 4° Congresso a Mosca dal 3 al 6 maggio 1934. Temi: « Il reumatismo acuto nelle sue varie manifestazioni »; « Le indicazioni della balneoterapia nelle varie forme di reumatismo »; « Stati reumatici nei lavoratori dei trasporti, minatori e metallurgici ». Durante il Congresso sarà organizzata un'esposizione. I congressisti avranno l'opportunità di visitare i sanatori e le stazioni termali del Caucaso e della riva del mar Nero. Rivolgersi all'Ufficio internazionale della Lega, Keizersgracht 489, Amsterdam, Olanda.

5° Congresso argentino di chirurgia.

Sotto gli auspici dell'« Asociación Argentina de Cirugia », dall'8 al 14 ottobre si svolgerà a Buenos Aires il 5° congresso nazionale di chirurgia, sotto la presidenza del dott. Enrique Finocchietto. Temi: « Trattamento dell'occlusione acuta » (relatori D. Plat e Del Valle); « La chirurgia nel diabetico » (rel. A. Rodríguez Villegas); « Il trattamento delle fratture del gomito » (rel. Rezende Poech e N. Tagliavache). Tra i relatori ve ne sono uno dell'Uruguay (Plat) e uno del Brasile (Poech). Si prevede l'affluenza di molti chirurghi dalle nazioni viciniori all'Argentina. Oltre alle sedute scientifiche, si terranno sedute operatorie e dimostrative. Come nei precedenti congressi, viene organizzata un'esposizione di strumenti, di mobilio ospedaliero e di novità terapeutiche. Rivolgersi alla sede dell'Associazione predetta, Santa Fe 1171, Buenos Aires, Argentina.

Trasformazione della Scuola di malariologia di Roma.

Con Regio Decreto Legge del 7 settembre 1933, alla Scuola superiore di malariologia, creata in

Roma col R. decreto-legge 8 maggio 1927, è sostituito l'Istituto di malariologia, alle dipendenze del Ministero degli affari esteri. L'Istituto ha per scopo l'insegnamento della malariologia e lo studio della malaria.

L'Istituto ha personalità giuridica. Esso ha una propria sede, e personale e mezzi propri di funzionamento.

Il Governo del Re è autorizzato a corrispondere, a decorrere dall'esercizio finanziario 1933-34, un assegno ordinario annuale di lire 500.000 per il funzionamento dell'Istituto, assegno che verrà normalmente iscritto negli stati di previsione della spesa del Ministero degli Affari Esteri.

Dottorati nelle specialità mediche in Francia?

La Federazione dei Sindacati medici della Senna ha elevato una protesta contro il progetto, ventilato in alcuni ambienti ufficiali, di creare i dottorati per la chirurgia, l'oftalmologia, l'oto-rino-laringologia, la psichiatria, la stomatologia e l'elettroradiologia medica.

Esistono già i certificati di specializzazione, rilasciati dalle Facoltà mediche; essi non conferiscono il diritto di esclusività nei campi considerati, ma costituiscono un titolo di garanzia per il pubblico ed hanno valore per i concorsi e per le nomine a posti ufficiali.

La Federazione ha rilevato che i nuovi diplomi darebbero al pubblico l'impressione che il dottorato in medicina non offra più garanzie sufficienti di competenza nei vari campi e perciò il medico generico ne verrebbe, in parte, esautorato. Specialmente la classe agiata preferirebbe il dottore nella specialità; il medico di famiglia scomparrebbe definitivamente. Nei casi, frequenti, in cui il medico non soddisfa il cliente, questi avrebbe facilmente l'opportunità di appellarsi ad un super-medico nel campo specializzato.

Sono già varî anni che il dottorato in chirurgia viene richiesto da chirurghi eminenti; esso varrebbe non solo a distinguere i chirurghi dagli altri medici, ma sovratutto a distinguerli dai colleghi improvvisati, come se ne sono avuti molti dopo la guerra: i pratici che hanno servito nelle ambulanze si sono creduti in possesso della tecnica chirurgica e non sempre a vantaggio dei clienti. È questo il principale argomento che veniva addotto in favore del dottorato in chirurgia.

Ma la Federazione crede che i nuovi diplomi aumenterebbero l'attuale distacco tra i compensi corrisposti ai chirurghi ed agli specialisti, da un lato, e agli internisti, dall'altro. La Federazione rileva che il valore degli specialisti in genere dev'essere giudicato dai successi riportati e non dai diplomi e che il medico di famiglia può guidare ottimamente in tale scelta.

Limitazione di giornali medici in Germania.

In Germania il commissario dei sindacati medici (Spitzenverbände), dott. Gerhard Wagner, il quale è anche direttore della Lega dei medici (Arztenverbund), ha ora in mano le sorti di tutta la professione medica nel campo corporativo e disciplinare.

Tra i provvedimenti adottati è il divieto fatto alle organizzazioni regionali e provinciali di creare nuovi periodici d'interessi professionali; inoltre ai periodici già esistenti è vietato di entrare in nuove combinazioni.

Questa disposizione è stata accolta molto favorevolmente dalla classe, poichè i periodici delle numerose Camere dei medici (Aerztekammern) erano divenuti oltremodo esuberanti. Questi periodici trattano solo argomenti corporativi (economici, deontologici e disciplinari), non scientifici e tecnici; per lo più hanno solo interesse locale e quasi nulla contengono che meriti di esser letto.

Come abbiamo già riferito, il commissario ha anche fuso i due principali periodici corporativi della professione medica in Germania.

Contro la legittimazione dell'aborto in Romania.

Gli aborti illeciti determinano, in Romania, una mortalità elevatissima: le ultime statistiche la valuterebbero a circa 60.000 gestanti l'anno!

Questa enorme mortalità muliebre aveva indotto gli umanitaristi a chiedere una legge che autorizzasse il ministro dell'igiene ad istituire centri di consultazione, ove fossero insegnati i mezzi per la limitazione delle nascite; e ciò onde evitare le gestazioni non desiderate e gli aborti consecutivi. La proposta però ha destato una vivissima opposizione da parte del clero.

Si era perciò venuti ad una transazione: ottenere che una legge autorizzi l'aborto non terapeutico, in modo che questo possa essere compiuto da sanitari, con tutte le norme tecniche e perciò evitando l'attuale strage. Il ministro dell'igiene, J. Cantacuzene, ha nominato, all'uopo, una commissione, in seno al Consiglio sanitario; ed essa ha interpellato le maggiori autorità del Paese nel campo medico, giuridico ed ecclesiastico. Il comitato ha redatto un disegno di legge e questo è venuto in discussione alla Camera dei deputati lo scorso giugno. La votazione aveva dato un numero di favorevoli esattamente uguale a quello dei contrari. Ma la questione è stata decisa dal presidente della commissione, ministro della giustizia, M. Popovici, il quale ha votato contro; egli ha fatto rilevare che non è ora il caso di contribuire a limitare la popolazione, poichè la Romania è in grado di contenere una popolazione sette volte maggiore all'attuale. In virtù del suo voto la legge è caduta.

Contro il ciarlatanismo in Islanda.

L'ufficiale sanitario capo dell'Islanda, dott. V. Jönsson, ha emanato un'ordinanza che proscrive il ciarlatanismo; specifica le varie forme di ciarlatanismo, prevalentemente sanitario, il quale può essere compiuto dagli abusivi, dai medici, dai produttori di medicinali ecc. Il paragrafo 17 dell'ordinanza vieta la pubblicità riguardante medicinali, strumenti, istituzioni sanitarie ecc., salvo nei giornali che circolano tra i professionisti.

Azioni giudiziarie.

Contro l'Ospizio della Salpêtrière di Parigi è stata intentata causa da una paziente, vedova Naudin, la quale sarebbe stata ustionata da un clistere eseguito, per una colongrafia, da un'infermiera, sig.na Python; le ustioni erano presenti anche all'esterno e vennero documentate da due medici. Il Tribunale della Senna, 1ª Camera, ha ammesso che l'infermiera non ha eseguito fedelmente l'ordinanza del medico, la quale era relativa ad un clistere a 37° C.; che l'Ospedale è responsabile dell'operato delle infermiere, perchè queste sono sue impiegate; perciò ha condannato l'Assistenza Pubblica a corrispondere 12.000 franchi di danni e interessi. (Invece i medici ospedalieri, considerati come professionisti liberi, prestatori d'opera, rispondono in proprio!).

* * *

Un medico privato di Tokio aveva impiantato, nello scorso dicembre, dei macchinari per diatermia. Durante il loro funzionamento ed entro un raggio esteso, gli apparecchi radio divenivano inutilizzabili; perciò venne elevata una protesta, sottoscritta da più di 150 persone, alla Società per le radiotrasmissioni. Poi la protesta ha assunto una forma più concreta: non è stata corrisposta la tassa per le radioaudizioni. La Società ha intentato causa contro il medico, affinchè questi sia obbligato ad usare mezzi d'isolamento, e cioè una gabbia di fili metallici. Si attende la decisione del Tribunale. (Nel Giappone non è vietato di rendere molesto ai vicini il funzionamento degli apparecchi radio, e neppure di disturbare il funzionamento di questi apparecchi. Ne derivano i consueti inconvenienti degli eccessi di libertà).

Un po' dovunque.

Mentre viene stampato questo fascicolo, si svolge a Roma il Convegno internazionale Volta d'immunologia. Ne riferiremo nel prossimo numero.

Nella Scuola Convitto « Nani » presso gli Ospedali Civili Riuniti di Venezia sono aperte le iscrizioni al corso 1933-34 per il conseguimento del diploma di assistenti sanitarie; si chiudono il 20 ottobre, alle ore 17. Chiedere il programma alla direzione della Scuola o degli Ospedali.

Presso gli Istituti ospitalieri elio-chirurgici di Santa Corona in Pietra Ligure, diretti dal dott. Antonio Fara, è stato organizzato il 2° Corso annuale universitario sulla tubercolosi osteo-articolare e sulla elioterapia. Al corso, tenuto dal primario chirurgo-ortopedico prof. Zanoli, partecipano venti iscritti.

A Vormengo, in Russia, è ora in corso la costruzione di uno dei più grandi ospedali conosciuti. Consterà di 37 edifizi, ripartiti su 90 ettari; potrà ospitare 2500 malati. Vi saranno annessi vasti parchi allietati da fontane. Già sono completati l'edifizio per l'amministrazione e il padiglione chirurgico.

È stato inaugurato un Centro di Patologia nell'Università di Leeds (Inghilterra), intitolato ad Algernon Firth. Comprende un Istituto di batteriologia; uno di patologia; uno di medicina sperimentale e di ricerche sul cancro; un museo. È costato 50.000 sterline, di cui metà donate da Sir Algernon Firth, per gli studî sul cancro.

A Belfort (Irlanda) è stato inaugurato, dal primo ministro dell'Irlanda del Nord, il nuovo Istituto di patologia dell'« Università della Regina »; l'assemblea era presieduta da lord Londonderry.

La Direzione generale di Sanità della Spagna ha deciso la costruzione, nell'Andalusia orientale, di una Colonia psichiatrica, per le province di Malaga, Granata, Jaén e Almería; la colonia potrà ospitare 1000 malati, ma è previsto l'ingrandimento a 1500 posti.

L'Istituzione « Hospital Sunday Fund » di Londra ha ripartito i benefizi realizzati nell'ultimo anno finanziario, ammontanti a 64.000 sterline (oltre 4 milioni di lire it.); 249 ospedali hanno partecipato all'assegnazione.

La Società Imperatore Guglielmo per il Progresso delle Scienze, che ha sede a Berlino, il 1° aprile 1933 contava 787 soci, contro 828 al 1° aprile 1932: la contrazione si deve al disagio economico.

Il 23 ottobre la Facoltà medica di Messico celebrerà il suo centenario.

Il dott. Eben J. Carey, professore di anatomia alla Scuola medica dell'Università Marquette a Milwankee, ha tenuto, nel padiglione italiano dell'Esposizione di Chicago, una conferenza sul tema: « I padri italiani delle origini della scienza medica ».

All'ultimo Congresso dell'Associazione medica britannica il dott. Stratford propose di costituire un corpo di documentazione medica, per informare i Governi sulle misure concernenti la salute pubblica attuate nei varî Paesi. La proposta venne approvata.

I medici francesi del Marocco hanno fatto una gita in Czecoslovacchia.

« El Día Médico », che può vantare un rapidissimo successo ed una larga diffusione in Argentina, ha festeggiato il suo primo lustro di esistenza, con un numero speciale, in data 1° agosto, ricco di 22 memorie; vi sono rappresentate le facoltà mediche di Buenos Aires, Cordoba, Rosario e parecchie di nazioni straniere: Brasile, Uruguay, Cile, Cuba, Spagna, Francia e il Centro medico di Rochester (Stati Uniti). Vi figurano varî contributi pregevoli.

A Cracovia (Polonia) si è deliberato di elevare un monumento al prof. Dietl, direttore di quella clinica medica e governatore della città.

A Gruming, in Olanda, 250 persone hanno riportato delle tossi-infezioni da gelato, imputabili ad un bacillo paratifico.

Un giovane trentottenne nel pieno possesso delle sue facoltà mentali e che desidera di rimanere sconosciuto, si è offerto a uno dei più grandi ospedali di Londra, per essere assoggettato ad eventuali esperimenti che siano utili all'umanità. L'ospedale, prima di accogliere la proposta, deve chiedere l'autorizzazione ai tribunali, poichè non è assolutamente permesso di disporre di un corpo umano vivente, per scopi sperimentali.

In seguito all'uccisione del dott. Bernard F. Garnitz, avvenuta a Chicago in condizioni impressionanti, quella Società Medica, presieduta da A. A. Hayden, ha ottenuto che, i medici possano, su richiesta, essere scortati da agenti della Polizia nel fare la visita a pazienti sconosciuti. Così il *Jl. A. M. A.*, 2 sett. 1933.

Per un infortunio automobilistico, è rimasto ucciso, insieme al conducente, presso Marsiglia, il prof. Battistini. Contava 70 anni. Si era dato a ricerche fisiche e chimiche nel campo della medicina e dell'elettricità; un brevetto concernente la combustione dei gas volatili era da lui stato venduto negli Stati Uniti per seicentomila dollari.

Vittima di una sciagura alpinistica è morto sul Montenero il dott. Marcello Loi, triestino, 29enne; si era staccato dalla sua comitiva per tentare da solo una scalata; precipitò in un crepaccio profondo una settantina di metri.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rif. Med., 17 giu. — L. D'ANTONA. Pneumonite enterococcica. — A. GENTILI. Forme meno comuni della malattia di Heine-Medin.

Min. Med., 23 giu. — A. MASSA e S. MAUGERI. Sindromi ipoglicemiche. — M. SACCHI. Studio della funzione renale.

Journ. de Méd. de Paris, 20 giu. — Numero di neurologia.

Bull. Ac. de Med., 20 giu. — C. LEVADITI e al. Ciclo evolutivo del virus sifilitico. — L. SAYÉ. Diagnosi di tbc. infantile mediante iniez. di contenuto gastr. nella cavia.

Wien. Klin. Woch., 30 giu. — G. B. GRUBER. La crisi della medicina. — MATKE. Pulsaz. della milza.

Ann. Inst. Pasteur, giu. — I. M. LÉVITAN e D. D. LOKHOFF. Iniezioni ripetute di BCG nelle scimmie. — E. PIASECKA-ZEYLAND. Diagn. batteriol. di difterite. — S. NICOLAU. Il cane folle: rabbia autoctona dell'Africa settentr.

Deut. Med. Woch., 30 giu. — Circolaz. e sist. nervoso. — SCHULTZE. Dottrina della siringomielia.

Forze San., 20 giu. — G. LUZZATTO-FEGIZ. Sifilide del polmone.

Gaz. Méd. de France, 15 mag. — Numero di ortopedia.

Mediz. Welt, 1 lug. — H. BÖKER. Anatomia biologica e insegnamento anatomico. — W. BERBLINGER. Encefalomielite postvaccinale.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., lug. — E. NÄGELSBACH. Febbre emoglobinurica e atebrina.

Münch. Med. Woch., 30 giu. — P. MORAWITZ. Trattamento della colelitiasi. — F. SCHEDE. La scoliosi.

Brit. Med. Journ., 1 lug. — E. F. MURRAY. Errori ostetrici.

Practitioner, lug. — Numero sull'assistenza infantile.

Journal A. M. A., 17 giu. — F. L. FOREN e al. Angina agranulocitica; epatoterapia. — M. B. SULZBERGER. Ormone ipofisario.

Id., 24 giu. — C. A. ALDRICH e H. H. BOYLE. Nefrite cronica non specifica. — P. D. WHITE. Insufficienza ventricolare sinistra.

Amer. Journ. Obst a. Gyn., giu. — L. S. McGOOGAN. Psicosi tossiche della gravidanza e del puerperio. — R. LUIKART. Avitaminosi e polineurite gravidica. — L. E. BURCH e J. C. BURCH. Iperplasia endometriale.

Arch. internal Med., giu. — W. B. McCLURE. Meccanismo dell'edema di tipo renale. — A. E. PARSONNET e S. PARENT. Flutter auricolare con blocco atrioventricolare completo. — E. G. BANNICK. Amiloidosi diffusa.

Acta Med. Scandinav., I-II. — H. I. BING. Pericardite epidemica. — A. I. JAROTZKY. Il siero antidifterico. — N. KABANOW. La pressione del sangue nei nefritici. — I. PAROULEK. Il metabolismo purinico. — Suppl. LII. G. NYLIN. Esame funzionale del cuore.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 25 giu. — G. NORSE. Xantomacrosi cranio-ipofisaria.

Bull. Trim. Organ. d'Hyg., giu. — Terapia della malaria. — Salute pubblica e crisi economica.

Wien. Klin. Woch., 7 lug. — HOFBAUER. L'accesso asmatico.

Ann. de Méd., giu. — A. DELHAYE e L. VAN BOHAERT. Mieliti funicolari. — C. LIAN e M. RACIN. Fonocardiografia.

Presse Méd., 28 giu. — LAIGNEL-LAVASTINE e G. D'HEUQUEVILLE. Modificatori farmaco-dinamici della tonalità affettiva.

Paris Méd., 1 lug. — Numero sulle malattie della nutrizione.

Jornal dos Clin., 15 giu. — A. BOTELHO. Insegnam. ed evoluz. della psichiatria.

Clinica Chir., giu. — D. TADDEI. Cisti dermoidi ovariche bilaterali. — M. NOVI. Attività glicolitica dei tumori.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A POZZI, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XL — Roma, 9 Ottobre 1933 - XI — Num. 41

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

PROLUSIONI

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA.

Chirurgia delle paratiroidi con speciale riguardo alla osteosi paratiroidea (*).

Prof. ANTONIO COMOLLI, direttore.

Magnifico Rettore, Illustri Colleghi, Cari Giovani,

Son passati più di venti anni da quando, aiuto di Anatomia clinica, io tenevo a Milano le mie prime lezioni, affacciandomi a quella vita scientifica, che doveva poi legarmi tenacemente.

Da quel tempo che, visto attraverso i fortunosi anni della guerra e del dopoguerra, appare a noi tanto remoto, la lunga consuetudine ad impartire l'insegnamento, prima a Milano, poi a Firenze ed infine a Modena, in varie branche delle discipline medico-chirurgiche, dovrebbe valere a rendermi immune da qualsiasi senso di disagio a parlare a così vario pubblico, del quale fanno parte anche persone di tanto alta autorità nella scienza.

Eppure devo confessare, e non è atteggiamento retorico, che prendo oggi per la prima volta la parola da questa Cattedra non senza commosso animo e trepidazione.

So infatti quale alto onore mi è stato fatto, chiamandomi a questo posto ed ho la percezione della somma dei doveri che tanto più mi incombono entrando nella famiglia di questo illustre Ateneo, che nei suoi sette secoli di vita luminosa e feconda ha accolto ed accoglie tanti uomini che nella via del sapere hanno lasciato orme imperiture.

Il mio primo pensiero va pertanto a Voi, Colleghi della Facoltà, che unanimi mi avete chiamato a far parte del Vostro nobile Collegio. A Voi porgendo il mio più vivo ringraziamento, sento il dovere di affermare tutta la mia dedizione entusiastica all'assolvimento del compito così nobile ed elevato, che Voi mi avete voluto affidare.

Mi conforta in ciò il ricordo di coloro che mi hanno incitato e guidato nella mia carriera ed ai quali, pure in questo momento per me solenne, il mio pensiero si volge gonfio di riconoscenza imperitura.

(1) Prolusione al corso di Patologia speciale chirurgica letta nell'aula della Clinica Medica il 18 gennaio 1933.

Primo fra tutti ricorre alla mia mente il nome di Enrico Burci. Ragione di intima soddisfazione è per me insegnare da questa Cattedra, che egli stesso tenne con tanto onore trent'anni or sono. Dalla ospitale e dotta Padova Enrico Burci passò a Firenze, dove nostalgiche ragioni di conterraneità lo chiamavano. Ed andò a dirigervi quella Scuola Chirurgica, che, mercè sua, ha il vanto di aver posto radici un po' ovunque, nelle Università e negli Ospedali, in Italia e fuori.

In quella sua Scuola egli ha saputo realizzare quel giusto equilibrio tanto difficile ad ottenersi, fra dottrina e pratica nel lavoro clinico e terapeutico chirurgico. Da questo indirizzo, oltre che dalla fiducia e benevolenza dimostratemi, mi è stato, nei lunghi anni di comunanza spirituale, molto facilitato il compito di collaborare con lui nell'intenso lavoro della Clinica Chirurgica Fiorentina, che sotto un tal Maestro ha raggiunto un invidiabile primato.

Agli inizi della mia carriera ho passato lunghi anni in ambienti strettamente scientifici. Penso ancora con nostalgia a quel severo periodo di studi, che mi ha permesso una lunga consuetudine con uomini di scienza, che tutto il mondo onora ed il cui nome sta inciso con segni lapidari nei fasti delle scienze mediche.

È con un senso di religioso rispetto che io mi sono avvicinato la prima volta a Guido Banti, il patologo insigne, quando, ancora giovanissimo, entrai nel suo Istituto.

Tutti voi, che conoscete la somma delle sue opere, vi figurate facilmente quale doveva essere l'altezza del suo intelletto, nel quale non si sapeva se più ammirare la vastità della cultura, la potenza dello spirito di osservazione, la genialità dell'intuito o la profondità del senso critico.

Forse pochi, fuori dell'ambiente medico fiorentino, hanno avuto la fortuna di conoscere l'altezza del suo carattere, la limpida serenità del suo spirito, la profonda bontà.

Con lui, fra tanti tesori di conoscenza scientifica, ho imparato ad apprezzare l'importanza del così raro e pur tanto proficuo connubio dello scienziato col clinico, che in lui si realizzava in modo perfetto.

Ed è con altrettanto orgoglio che io ricordo di aver fatto parte dell'Istituto Anatomico di Firenze, che, sotto la guida di Giulio Chiarugi, costituisce una fucina di sapere ed un vivaio di ricercatori.

È con un Maestro come Chiarugi che io ho incominciato ad imparare come si debba pensare e lavorare con concetti e con fini scrupolosamente scientifici.

E mi è caro riandare agli anni passati agli Istituti Clinici di Milano, sotto la guida di Ferdinando Livini, che tanto in alto è salito nelle Gerarchie oltre che nella Scienza. Quale intensità di lavoro in quell'Istituto, rapidamente creato dal nulla e posto in grado di funzionare!

E non dimentico l'eletta mente di Giuseppe Levi, al cui rigoroso indirizzo scientifico e profondo sapere ho tanto attinto, e quel geniale scienziato che fu Ludwig Edinger, troppo presto rapito alla Scienza: il breve tempo, in cui ho febbrilmente lavorato presso di lui a Francoforte sul Meno, mi ha fatto provare l'ebbrezza, direi quasi, più che il piacere della ricerca scientifica.

Nè io dimentico in questo momento le Scuole Mediche di Pavia e di Genova presso le quali ho studiato sotto preclari Maestri: non dimentico il mio primo internato, fatto da studente, in Fisiologia, con Filippo Bottazzi, agli esordi della sua luminosa ascesa. E già ho fatto cenno alla Scuola Fiorentina della quale ho anche il grato ricordo di avere avuto Colleghi di assistentato Alessandro Bertino, Guido Guerrini, Tullio Terni e Gino Frontali, ai quali rivolgo un memore saluto, lieto che l'avvicendarsi degli eventi ci abbia di nuovo riuniti tutti e cinque qui, in un'atmosfera di secolare coltura e di profonda spiritualità.

E il mio pensiero grato si rivolge pure alla facoltà medica dell'Università di Modena, che, affidandomi in un primo tempo l'incarico della patologia chirurgica e designandomi poi a coprirne la cattedra, mi ha dato il battesimo nella carriera accademica.

Agli amici di là, che son venuti oggi da Modena e da Firenze a portarmi il loro augurio e con i quali ho passato alcuni begli anni, in fraterna comunanza di spiriti, va il mio grato affettuoso saluto.

Ed io ho ben presente l'alto monito che suona per me l'essere stato preceduto in questa Cattedra da Luigi Torraca, che fu Patologo apprezzato ed ammirato qui a Padova, dove pure impartisce dalla Cattedra dottrina e pratica chirurgica Gian Maria Fasiani, che fu anch'egli mio predecessore, e che in breve volger di anni tanto e ben meritato prestigio ha conseguito nell'agone Chirurgico Italiano.

In questo confortevole ritorno al passato verrei meno oltrechè ad un bisogno dell'animo, ad un preciso dovere se io dimenticassi colui che coll'esempio e col consiglio, mi ha indirizzato nella vita e nella carriera e cioè mio padre, Giovanni Comolli, che a Como professò chirurgia con modernità di indirizzo e con passione di Apostolo quasi cinquant'anni or sono. Forse ai Giovani che ancora non sanno quanto poco remoto sia l'uso dell'applicazione di perfetti mezzi di ricerca alla Medicina, potrà recar sorpresa il fatto che uno dei meriti di Giovanni Comolli, allora studente, fu quello di aver portato a Pavia per primo dall'Inghilterra il termometro clinico.

Alla memoria di Lui, che tante speranze aveva in me riposte, va il mio commosso affettuoso pensiero.

***

In questi ultimi anni è andato crescendo, da parte dei chirurghi l'interesse per le ghiandole paratiroidi, per quei quattro piccoli organi endocrini, di origine branchiale, piccolissimi di massa, ma la di cui importanza fisiologica, fisio-patologica e clinica, va aumentando ogni giorno. L'interesse di queste ghiandole è cresciuto nel senso che, forme morbose, talora anche di spettanza medica, si sono mostrate, alla stregua dei fatti influenzabili da un intervento chirurgico interessante appunto le paratiroidi.

Gli studi in questo campo già hanno dato risultati rimarchevoli dal punto di vista della terapia. Ma, ciò che è pure molto importante, altri se ne sono avuti che toccano da vicino la Patologia di queste forme da una parte e la fisiologia delle paratiroidi dall'altra. E alla luce dei nuovi fatti, con aspetto tanto suggestivo si presentano le possibilità di ordine fisiologico, da indurre qualche chirurgo, a proposito dell'argomento che ci interessa, a prospettare la necessità di una metodica osservazione fisiologica dell'uomo operato: quella osservazione che deriverebbe grandi vantaggi da una auspicata più stretta collaborazione fra fisiologia e medicina.

Non sono di oggi le nozioni che noi abbiamo su certe attività proprie delle ghiandole paratiroidi e sulle modificazioni che nell'organismo comporta la mancanza o la ipofunzione di queste. Esse sono comprovate sperimentalmente e dal lato clinico dall'azione che sull'organismo esercitano sussidi terapeutici intesi ad agire contro quei fenomeni che costituiscono la sindrome paratireopriva, già da tempo messa in evidenza specialmente dalle classiche ricerche del Vassale.

È abbastanza recente, se non il concetto, almeno l'applicazione pratica dell'integrare con tessuto paratiroideo la mancanza o la deficienza di questo. Io stesso, insieme a Frugoni e Scimone, mi sono occupato dell'argomento, constatando la possibilità del trapianto di paratiroide da uomo a uomo e la benefica, se pur temporanea, azione di esso.

Ma non è proprio questo punto che attualmente interessa. L'orientamento è ora in altra direzione.

Il problema è impostato sui rapporti fra paratiroidi e sistema scheletrico e sulle correlazioni che sembrano intercorrere fra queste e il gruppo poco chiaro delle osteopatie croniche generalizzate.

E da noi l'argomento è tanto più interessante ed attuale dal momento che proprio ora si è incominciato ad occuparsi della questione ed a portare i primi contributi.

Il ritrovare una correlazione fra paratiroidi e sistema scheletrico non è fatto che possa stupire, dal momento che noi già conosciamo l'importanza che queste hanno nel ricambio del calcio, nel senso che l'ipofunzione paratiroidea o la mancanza di queste ghiandole porta alla sindrome tetanica per l'abbassato tenore in calcio, che è il regolatore della eccitabilità neuromuscolare, nel sangue e nei tessuti.

Fu l'Erdheim nel 1906, a stabilire l'esistenza di questi rapporti fra paratiroidi e metabolismo del calcio. Egli aveva infatti osservato che la paratiroidectomia nel ratto portava a modificazioni nei denti. Ma gli effetti della paratiroidectomia sul metabolismo del calcio furono mostrati più tardi nel 1909 da Mac Callum e Voegtlin, che trovarono costante diminuzione della calcemia ed aumento del calcio nelle urine. Sull'argomento molto si è lavorato. Abbastanza recente è l'importante contributo del Collip. Egli ha potuto isolare l'ormone paratiroideo e dimostrare che, iniettato a forti dosi in animali, produce una elevazione del tasso del calcio nel sangue e nelle urine. Altri AA., colla somministrazione di paratormone in varie specie animali hanno poi messo in evidenza che ciò avviene per l'intensa mobilizzazione del calcio delle ossa e che in tali condizioni si riscontra pure rarefazione ossea e ipoeccitabilità muscolare. Si determinano cioè sperimentalmente alterazioni biochimiche ed organiche analoghe a quelle che la Clinica ha rivelato nell'uomo.

Ma intanto l'Askanazy, già fin dal 1904 aveva constatato all'autopsia l'esistenza di un tumore di origine paratiroidea in un caso di osteopatia, da lui definita osteite deformante senza tessuto osteoide. Poco dopo l'Erdheim descrive nel ratto, spontaneamente rachitico, la presenza di noduli iperplastici paratiroidei, che egli interpreta come fatti di iperfunzione reattiva, destinati a combattere o a guarire il processo morboso osseo. Anche nell'uomo questo Autore riesce a mettere in evidenza, in alcune osteopatie quale l'osteomalacia, la presenza di modificazioni paratiroidee, che, seguendo il concetto della iperfunzione reattiva, egli considera come ipertrofia da lavoro. Anche qui egli crede ad una reazione di difesa, nel senso di una limitazione delle lesioni ossee.

Seguono a quelli dell'Erdheim lavori nei quali si discute sull'importanza del nesso tra tumori paratiroidei e lesioni ossee, fino a quando nel 1915 lo Schlagenhaufer, avendo trovato in due casi di osteite fibrosa generalizzata, venuti a morte, la presenza di tumori paratiroidei, mise in dubbio la teoria dell'ipertrofia compensatrice dell'Erdheim e propose l'intervento per la ricerca e la eventuale asportazione dei tumori.

Va ricordato che già prima di lui, il Weil aveva suggerito l'irradiazione delle paratiroidi.

Intanto si susseguono i lavori e la casistica si accresce tanto che l'Hoffheinz, nel 1915 può raccogliere 45 casi di aumento di volume delle paratiroidi, in 27 dei quali, insieme con questo, si ritrovavano lesioni ossee, e cioè, in 17 osteite fibrosa, in 8 osteomalacia e in 2 rachi-

tismo. Egli è del parere che la lesione paratiroidea possa essere primitiva e causale.

Ma è solo dopo che il Mandl, nel 1925, seguendo il concetto dello Schlagenhaufer, in un caso di osteite fibrosa generalizzata, ebbe asportato un adenoma paratiroideo ed ottenuto pieno successo, che si è dimostrata l'insufficienza della teoria dell'Erdheim della ipertrofia compensatrice.

Nel 1927 il Gold ed in seguito altri chirurghi ripeterono l'operazione del Mandl, in casi di osteopatie generalizzate, in generale con successo più o meno completo.

Furono pure studiate le modificazioni del metabolismo del calcio prima e dopo l'operazione.

L'effetto di questa si fa sentire in grado più o meno spiccato a seconda dei casi.

Nel morbo del Recklinghausen si vede, ad esempio, che la paratiroidectomia, produce dopo un periodo più o meno intenso di tetania, la scomparsa dei dolori, la caduta della calcemia ed il ristabilirsi di un normale bilancio del calcio, ed infine la guarigione clinica e modificazioni nelle ossa con recalcificazione, senza tuttavia un ritorno alla norma.

La casistica dell'operazione del Mandl è ormai già abbastanza numerosa. Il Lièvre ha, or è poco, raccolti più di una cinquantina di casi. Più recenti sono quelli dell'Hellström, di Toeniessen e v. Hecker, di Hitzrot e Comroe, del Wichmann, di Taylor e Wiles, e da noi quelli di G. C. Dogliotti, di Frugoni e Alessandri e infine uno del Pieri, non ancora pubblicato e ricordato da questi ultimi Autori.

L'importanza di queste osservazioni non può sfuggire ad alcuno.

Grazie infatti ai risultati di questi interventi ed a quelli delle citate esperienze del Collip e di altri fisiologi coll'ormone paratiroideo, noi sappiamo attualmente che colla iperfunzione e forse anche disfunzione delle paratiroidi, è connesso uno stato morboso generale caratterizzato da una sintomatologia in cui predominano fatti a carico dello scheletro.

Se questa importante nozione è ben determinata, molti punti della interessante questione richiedono però ancora di essere chiariti.

Un tumore paratiroideo può infatti trovarsi indipendentemente dalla sindrome morbosa suddetta.

Così sono stati descritti degli adenomi paratiroidei, che vengono indicati come non tossici e di cui un caso ha illustrato l'Alessandri. Ma v'ha di più: l'adenoma può essere associato, come ha visto l'Erdheim, a fenomeni osteomalacici, che sono di tipo ipo-, invece che iperparatiroideo. L'adenoma maligno, di cui un bel caso ha descritto il Fasiani, sembra fuori discussione.

E d'altra parte la sindrome morbosa si riscontrerebbe anche in soggetti in cui la ricerca risulta negativa per la presenza di tumori paratiroidei. Non solo, ma in casi di questo genere l'asportazione di una paratiroide in apparenza normale, come recentemente hanno visto Hitzrot e Comroe, o anche una semplice operazione esplorativa sul collo, come nel recente caso del Dogliotti, possono portare un notevole miglioramento.

Comunque sia di tutto ciò, è interessante vedere come l'alterazione paratiroidea, che dapprima sembrava connessa solo coll'osteite fibrocistica, è stata poi riscontrata anche in casi presentanti un quadro morboso che non è possibile far rientrare in quello della forma suddetta, cosicchè la si considera ora col Lièvre una forma speciale della sindrome ossea connessa colla iperfunzione paratiroidea.

Del resto non appare affatto strano che si possano avere rammollimenti ossei presentanti tipi diversi da quello fibro-cistico, quando si pensi che alla base di questa sindrome si trova uno squilibrio del ricambio del calcio, che viene più intensamente mobilizzato dallo scheletro con comparsa di ipercalcemia e di ipercalciuria.

Se questa dell'alterato ricambio del calcio è la via di azione sull'organismo della iperfunzione delle ghiandole paratiroidi, è a chiedersi se non ne esistano altre, dal momento che effetti benefici si sarebbero avuti, colla paratiroidectomia, in certe forme di artrite deformante presentanti ipercalcemia.

Sono l'Oppel e la sua Scuola da una parte ed il Leriche dall'altra che fra le cause in questa forma, che tanto poco di comune ha con quelle ossee sopra descritte, hanno messo avanti l'iperfunzione paratiroidea e indicato la paratiroidectomia come cura. Da noi se ne sono occupati il Taddei ed il Maragliano.

Bisogna riconoscere però che le complesse alterazioni articolari della artrite mal si spiegano mettendole in rapporto solo colla forte mobilizzazione del calcio.

D'altra parte Leriche e Jung riferiscono di aver operato con vantaggio casi di sclerodermia presentanti ipercalcemia.

Altri ha trovato l'associazione di un adenoma paratiroideo alla sclerodermia. E ancora il Leriche ha riscontrato vantaggi colla paratiroidectomia in un caso di cicatrice cheloidea con ipercalcemia.

Tutto ciò fa pensare al Leriche, che coll'iperfunzione paratiroidea siano in rapporto sindromi varie connesse con una alterazione dei tessuti connettivi, dal momento che in tutte le forme a cui abbiamo accennato risulta alterato il trofismo e la struttura dei connettivi.

Non è chi non veda quale vasto campo sarebbe riservato alla paratiroidectomia e quale luce deriverebbe alla conoscenza di svariate forme morbose quando risultasse dimostrata l'azione regolatrice delle paratiroidi sull'attività biologica dei tessuti connettivi.

Ma forse si andrà più lontano di quanto finora non si sia sospettato. Proprio in questi giorni la paratiroidectomia ha avuto in Italia

nuove promettenti applicazioni da parte del Bastai e del Dogliotti, i quali hanno voluto gentilmente darmi comunicazione verbale dei loro studi. Essi hanno fatto praticare la paratiroidectomia in due casi di malattia del Buerger ed in uno di endoarterite diabetica. Avendo trovato in queste forme una calcemia sopra la norma e talora altissima, essi hanno pensato che questa possa favorire l'instaurarsi della trombo-angioite obliterante. Gli effetti della paratiroidectomia sono stati quasi istantanei: i pazienti hanno subito avvertito senso di calore ai piedi ed alle gambe lesi e scomparsa del dolore, che in un caso durava continuo da circa tre mesi: la calcemia è scesa alla norma o quasi. Se, come sembra verosimile, si tratta qui della cessazione di uno stato angiospastico, ne deriverebbe, fra l'altro, il concetto di una, fino ad ora non dimostrata, attività angiospastica delle paratiroidi. Mettiamo questo in rapporto con l'enorme importanza che lo spasmo vasale ha in patologia (vedi ad esempio l'ipertensione e sue manifestazioni) e facilmente intravediamo possibili ulteriori grandi sviluppi dello studio della fisio-patologia delle paratiroidi e della paratiroidectomia. Si tratta, è vero, di operazioni recentissime, di cui per ora non conosciamo che gli effetti immediati, ma i risultati di esse appaiono sommamente importanti.

Certo anche siamo per ora nel campo delle ipotesi. Ciò non toglie che questi problemi meritino tutta la nostra attenzione per il loro grande interesse scientifico e pratico.

Ma, tornando alle osteopatie croniche generalizzate, ricorderò come alla luce dei fatti nuovi, alcuni AA. ne abbiano ripreso in esame il capitolo nel tentativo di trovare un indirizzo migliore per la interpretazione di queste forme morbose che, studiate più che altro dal lato morfologico, sono rimaste ancora tanto poco chiare.

Sono vecchie, cioè risalgono al '700, le prime nozioni sui rammollimenti ossei, confusamente raggruppati sotto il termine di osteomalacia. Sono andati poi man mano distinguendosi altri tipi di lesioni ossee. Scarsi progressi si sono fatti però nella loro interpretazione. Così è, ad esempio, fra le forme che a noi più interessano, del morbo del Paget, distrofia diffusa dello scheletro con ipertrofie specie al cranio ed agli arti inferiori e dell'osteite fibrosa o deformante del Recklinghausen, nella quale questo A. confondeva casi con deformazioni ossee, tumori e cisti, caratteristiche della forma morbosa che doveva portare il suo nome, con casi di osteite deformante del Paget, venendo in ultima analisi a considerare il Paget come una varietà dell'osteite fibrosa. Recentemente però, anche in Germania, si sono con il Kienböck riconosciute distinte le due forme che, seguendo il Recklinghausen, venivano confuse in una sola entità, l'osteodistrofia fibrosa.

Lo Schmorl, che era partigiano della teoria unitaria, ha anzi trovato nel morbo del Paget una speciale caratteristica struttura dell'osso malato, che non si riscontra nelle altre affezioni scheletriche e che ha descritto come struttura a mosaico.

Attualmente la questione è stata con larghezza ripresa in esame dal Lièvre. Questi facendo una revisione completa del complesso problema e basandosi sullo studio dei casi precedentemente pubblicati e di casi personali, crede di poter tracciare il quadro della osteopatia da iperparatiroidismo, che egli chiama osteosi paratiroidea.

Questo A., abbandonando le vecchie classificazioni morfologiche, per quella fisiopatologica, distingue tre grandi categorie: il Paget da una parte, le distrofie da carenza dall'altra ed infine una entità morbosa polimorfa, la osteosi paratiroidea, nella quale il processo fisiopatologico è unico. Esso consiste nella mobilizzazione del calcio osseo, con decalcificazione dello scheletro, forte eliminazione di calcio dall'organismo e calcificazione metastatica dei tessuti molli.

Alla base del processo morboso sta l'adenoma paratiroideo, ma la causa della malattia sarebbe talora invece una iperfunzione fisiologica della ghiandola. D'altra parte l'adenoma, che può riscontrarsi indipendentemente dalla sindrome morbosa ossea, non sempre sarebbe tossico.

La malattia si riscontra per lo più in individui di media età, dai venti ai sessant'anni, dei due sessi, la storia dei quali non dà modo di rilevare precedente alcuno come non lascia intravvedere nessun rapporto con difetto di alimentazione, con fattori professionali o della vita sessuale. S'inizia insidiosamente con dolori ossei, di solito intensi, continui o subcontinui, agli arti, al rachide, alle regioni lombari che, talora, si accentuano colla fatica, colla prolungata stazione eretta, tal'altra si attenuano con il movimento. A questi fenomeni vanno aggiungendosi gradualmente altri, quali l'astenia, il pallore, il dimagramento e dopo qualche mese, raramente più tardi, compaiono per il fatto della decalcificazione alla colonna vertebrale, deformità scheletriche agli arti inferiori, al bacino ed altre. In tempo relativamente breve esse raggiungono proporzioni così accentuate da produrre talora una deformazione completa del soggetto tale da costringerlo a letto in una totale impotenza, come sempre avviene nei periodi avanzati della malattia.

Ma si possono avere anche abbastanza spesso, in qualunque punto dello scheletro, fratture patologiche e tumefazioni ossee circoscritte.

Abituale è la caduta dei denti più o meno precoce e più o meno generalizzata. Compaiono frequentemente sintomi urinari connessi all'ipercalcemia e precipitazione calcica nell'ambito dell'apparato urinario, quali coliche nefri-

tiche, dolori lombari, poliuria, litiasi renale. Pure in rapporto con l'ipercalcemia si trovano sintomi a carico dell'apparato neuromuscolare, quali l'ipotonia delle masse muscolari e l'ipoeccitabilità meccanica e galvanica. Sono molto frequenti i disturbi psichici, con melanconia, facile irritabilità, crisi di pianto.

Si manifestano talora anche crisi di palpitazione e di tachicardia; disturbi digestivi notevoli, sopratutto crisi d'intolleranza gastrica. Costanti sono l'anoressia e la stipsi come pure l'anemia più o meno accentuata di tipo secondario, associata a modica leucocitosi con eosinofilia e monocitosi.

Il quadro radiologico offre aspetti multiformi e non caratteristici: i segni possono essere anche molto scarsi. Non manca mai però una decalcificazione diffusa delle ossa, resa manifesta da una minore opacità di queste sul radiogramma e da una diminuzione dello spessore della corticale.

La normale architettura ossea è pure scomparsa e sostituita da disposizione irregolare delle trabecole. Nella forma fibrocistica si riscontrano anche formazioni cistiche nell'osso rarefatto. Nello stadio terminale l'atrofia può raggiungere un grado tale che lo scheletro non è più visibile sulle radiografie.

Gli esami mettono in evidenza calcemia più o meno aumentata, almeno in qualche stadio della malattia, come nel periodo conclamato; il bilancio del calcio è negativo per la presenza di forte ipercalciuria.

Normale nel sangue il potassio, normale o leggermente diminuito il fosforo, con iperfosfaturia.

Questi segni chimici non sono però nè costanti nè caratteristici.

Il decorso della malattia è lento, ma progressivo con aggravamento dei sintomi generali e di quelli a carico dello scheletro se non si interviene coll'asportazione dell'adenoma paratiroideo. L'esito si ha in uno spazio di tempo che può andare da 1 a 10 anni, ma che va di solito da 3 a 6.

È questo il quadro morboso della malattia a decorso tipico, la forma tipica evolutiva. Il Lièvre però ne distingue altre forme, quali la localizzata, nella quale un tumore a mieloplassi isolato rivela la malattia, mentre i segni viscerali, nervosi e umorali ne affermano la natura.

Distingue pure la forma renale, quella a tipo di calcificazioni metastatiche, la forma cachettica, infine quella lenta e quella spontaneamente curabile. In quest'ultime compaiono delle formazioni, solo abbozzate o mancanti nella forma evolutiva, cioè le produzioni cistiche e tumorali e compaiono quelle formazioni ossee causa della confusione avvenuta fra queste forme ed il morbo del Paget, che il Lièvre considera come reazione banale dell'osso e che denomina « remaniement pagétoide ».

Nell'osteosi paratiroidea è frequente, ma non costante la iperplasia di una o più paratiroidi, che possono raggiungere un volume che va da una nocciuola ad una prugna e che costituiscono il cosidetto adenoma paratiroideo. La struttura di questo, che è stato paragonato ad una paratiroide di tipo infantile è simile infatti a quella della paratiroide normale, con piccole differenze.

L'esame anatomopatologico mostra che le lesioni scheletriche sono più o meno pronunciate a seconda dello stadio della lesione e possono raggiungere notevole grado e grande diffusione. Vi è analogia fra quelle dei vari tipi di ossa, lunghe, piatte e brevi.

Le ossa appaiono come aumentate di volume a superficie irregolare, deformate (la deformazione è più evidente ai femori), flessibili, ma anche fragili, potendosi fratturare in quelle zone in cui persiste ancora una parte calcificata. Sono anche molli e al taglio, che riesce facile, mostrano una trasformazione completa della architettura generale, con assottigliamento più o meno pronunciato della corticale e sviluppo di tessuto spugnoso e scomparsa dei sistemi architetturali fondamentali. Il midollo ha un aspetto eterogeneo con zone di midollo osseo o di focolai emorragici rosso-brunastri, masse fibrose rosso-grigiastre o grigie, zone gialle o rosso-gialle di midollo giallo e quasi sempre anche zone cistiche con cavità di volume vario fino a quello di un uovo, a contenuto di sangue o di liquido rossobruno o di una pappa brunastra.

L'architettura dell'osso nell'osteosi paratiroidea è dunque completamente alterata. Le alterazioni sono in rapporto con riassorbimento lacunare, dovuto a mieloplassi, fibrosi midollare e neoformazione ossea disordinata, talora anche ad osteoporosi con o senza presenza di tessuto osteoide.

All'esame istologico si trovano nell'osso zone formate di tessuto fibroso con numerosi fibroblasti e presenza di mieloplassi, ordinariamente molto abbondanti, tanto che in certi punti possono dare l'aspetto classico dei tumori a mieloplassi. Ma si trovano anche traccie di vecchio tessuto osseo e di solito tessuto osteoide abbondante e, nella forma tipica del Recklinghausen, anche pseudocisti di origine emorragica o in rapporto con focolai di degenerazione cellulare del tessuto fibroso. Oltre queste lesioni ossee se ne riscontrano altre quali le calcificazioni metastatiche e le lesioni viscerali secondarie.

Un punto che è degno di essere messo in particolare rilievo è quello che riguarda la cura chirurgica ed i risultati di essa. Fra le cure usate, quella che si è mostrata efficace consiste nella ablazione dell'adenoma paratiroideo oppure di una o più paratiroidi normali, quando non si riscontra iperplasia di queste ghiandole. Si ha allora di solito effetto immediato, con abbassamento della calcemia e della calciuria fino alla norma o quasi e diminuzione dei dolori ossei in pochi mesi. Il ricambio

del calcio si normalizza, le lesioni scheletriche si arrestano, le ossa si ricalcificano. Persistono però le deformità scheletriche. Contemporaneamente rifiorisce lo stato generale, riprendono le forze, scompaiono i segni urinari, aumenta l'appetito, scompare lo stato depressivo psichico e gli ammalati possono riprendere la loro attività.

Come ho già accennato, la paratiroidectomia avrebbe effetto curativo, se non così completo e durevole, anche nell'artrite cronica deformante e nella sclerodermia.

In queste forme sembra sia raro trovare la presenza di un tumore paratiroideo: ma del resto anche nella osteosi paratiroidea non sempre lo si trova. A questo proposito i Chirurghi consigliano di non desistere dalla ricerca, quando il tumore non viene subito trovato. Esso, pur raggiungendo talora il volume perfino di una prugna, è spesso non rilevabile all'esame esterno. Ma anche all'atto operativo, portato sul collo, è talora difficilmente reperibile per il fatto di una localizzazione in profondità o comunque a distanza da quelle che sono considerate le comuni sedi delle ghiandole paratiroidi. È per questo che si rende necessaria al caso una ricerca accurata in profondità nel collo, dietro la trachea, e fin dietro l'esofago, in vicinanza delle vertebre e giù nel mediastino, per evitare di lasciare in sede il tumore. E sarà bene esaminare anche la tiroide poichè come nel suo contesto, vi può essere tessuto paratiroideo, così vi si può riscontrare l'adenoma. Nel recente caso del Wichmann, resecato il lobo superiore sinistro della tiroide, più voluminoso del destro, l'esame istologico dimostrò l'inclusione, nel polo superiore di un adenoma paratiroideo.

Con tutto questo è avvenuto, come nel caso recente del Dogliotti, rientrante nel quadro dell'osteosi paratiroidea, che essendo stata l'esplorazione chirurgica negativa sia per tumore che per paratiroidi, ed essendosi l'atto operativo limitato ad una semplice esplorazione, questo ha ugualmente avuto immediato e duraturo effetto sull'andamento del processo morboso similmente a quanto si riscontra colla ablazione di tumore o di paratiroide.

Il fatto è veramente interessante e degno della più grande attenzione. Anche Oppel e Ssamarin, che, in quattro casi di reumatismo cronico all'atto operativo avevano levato dal collo del tessuto che si dimostrò non contenere paratiroide, ebbero a riscontrare il prodursi di una ipocalcemia. E così Leriche e Jung, nel citato caso di sclerodermia, hanno ottenuto una netta azione sulla calcemia e la guarigione colla semplice resezione della parte terminale dell'arteria tiroidea inferiore destra e delle sue branche.

Recentemente il Simon e il Weill, avendo fatto analoghe costatazioni in due casi di artrite cronica deformante, hanno senz'altro proposto di intervenire in questa forma morbosa semplicemente con un'incisione cervicale anteriore ed esplorazione della zona tireo-paratiroidea, seguita da sutura.

Le modificazioni, che seguono a questa operazione esplorativa, sono in rapporto con interruzioni vasali o di vie nervose simpatiche, secretrici o vasomotorie delle paratiroidi, per cui si determina una modificazione diretta o indiretta della funzione paratiroidea con abbassamento del tono funzionale? Il miglioramento in questi casi dovrebbe allora non essere stabile. Da noi Gasparini e Cengiarotti, ed anche il Previtera, hanno constatato, sperimentalmente in cani, la caduta della calcemia, colla legatura e recisione di una o meglio di entrambe le arterie tiroidee superiori.

In attesa di più chiari lumi noi vediamo intanto che l'asportazione di adenoma o di paratiroide, che si può fare in anestesia locale, è operazione che non si presenta, in complesso, pericolosa, anche se eseguita in pazienti in minorate condizioni di resistenza.

Non bisogna esagerare sui pericoli della tetania post-operativa. In rapporto coll'abbassamento della calcemia si possono avere segni passeggieri di ipereccitabilità neuropsichica dopo l'operazione, con tremori, contrazioni cloniche di singoli gruppi muscolari ed irrequietezza. Ma ad evitarla sono sufficienti piccoli residui di paratiroide. Anche nel recente caso di Hitzrot e Comroe, nel quale furono asportate tre paratiroidi normali, i segni di tetania scomparvero rapidamente con una cura calcica ad alte dosi.

La radioterapia non sembra in grado di influire sostanzialmente in modo benefico sull'andamento dell'affezione.

A nulla valgono le cure che hanno una azione netta nell'osteomalacia e nel rachitismo, come quelle con sali di calcio e fosforo, la vitamina D, e i raggi ultravioletti.

L'osteosi paratiroidea, in cui si ha mobilizzazione calcica dovuta ad adenoma paratiroideo, si differenzierebbe infatti dalle forme classiche di osteomalacia, colla quale presenta analoghi segni clinici e radiologici, per il fatto che questa è osteopatia da carenza vitaminica e presenta una ipo- invece che una ipercalcemia. In conformità a questi fatti, la osteosi paratiroidea beneficia, dall'atto operativo, portato sulle paratiroidi, mentre la osteomalacia risente i benefici effetti delle cure mediche, che si usano nelle malattie da carenza vitaminica.

L'osteosi paratiroidea si distinguerebbe pure dal morbo del Paget, di cui rimane oscura l'origine, sia per i caratteri clinici, sia per quelli isto-patologici, radiologici e biochimici, che formano un quadro nettamente distinto.

Da queste entità morbose il Lièvre separa le distrofie non specifiche delle ossa, le cisti, quello che egli chiama « remaniement pagétöide », i tumori a mieloplassi, le osteoporosi, che sarebbero reazioni comuni dell'osso a pro-

cessi vari. Rientrerebbero nell'osteosi paratiroidea, casi precedentemente descritti sotto il nome di malattia ossea del Recklinghausen, la quale sarebbe la forma più comune secondo cui si manifesta l'osteosi da iperfunzione paratiroidea. Il suo carattere essenziale, è, come si sa, quello di presentare delle cisti nella compagine dell'osso rarefatto, reperto non costante nella osteosi, in cui può riscontrarsi una decalcificazione diffusa e senza caratteri speciali.

Rientrano pure nell'osteosi casi descritti come osteomalacia ed altri riportati sotto diverse denominazioni, in rapporto con la predominanza di questo o di quel sintoma.

Questo in breve il suggestivo quadro che il Lièvre ha tracciato. Esso si impone tanto più alla nostra attenzione perchè basato su un ampio e ben documentato materiale. Certo esso porta all'abbandono di talune forme che ormai venivano considerate come definitive ed alla revisione di quadri morbosi, che dalla nuova classificazione escono smembrati. Ma la questione, di cui ho trattato, è ora in piena evoluzione e su di essa sarebbe prematuro un giudizio definitivo.

***

Da questa rapida corsa in uno dei tanti capitoli promettenti della fisio-patologia moderna voi giudicate, o Giovani, quanto impulso di fresche energie dottrinali e sperimentali stia penetrando oggi nella nostra disciplina.

Io confido che troverete in voi la passione di affrontare e di approfondire problemi seducenti ed urgenti: in me troverete chi lealmente vi ammonirà delle difficoltà della ricerca, ma non vorrà diminuire il vostro entusiasmo, che fu ed è anche il mio.

LAVORI ORIGINALI.

Padiglione Flajani dell' Ospedale del Littorio in Roma.

Sindrome di spondilosi rizomelica: paratiroidectomia e resezioni di segmenti delle catene laterali del simpatico.

ANGELO CHIASSERINI, chirurgo primario.

Il caso, che forma oggetto di questo breve articolo, mi ha posto problemi terapeutici, per me nuovi, che ho cercato di risolvere, da un lato per analogia con quello che hanno fatto altri chirurgi, dall'altro seguendo ragionamenti empirici.

Si tratta di un contadino di 25 anni, certo Antonio B. da Serrone (Frosinone). Egli è stato ricoverato nel mio Padiglione in tre periodi diversi di tempo. La prima volta dal 23 aprile al 18 giugno 1932: riferiva allora che da alcuni mesi aveva notato l'insorgere di una progressiva rigidità della colonna vertebrale, e la comparsa di fenomeni dolorosi, sopratutto nella regione sacrolombare e agli arti. La deambulazione risvegliava maggiormente i dolori, principalmente negli arti di sinistra. Di pari passo con la rigidità della colonna si stabiliva un incurvamento del tronco verso l'innanzi.

All'esame obiettivo il paziente, pur presentando un colorito giallo terreo della cute, appare in condizioni generali abbastanza buone.

Esiste una notevole rigidità della colonna vertebrale; cifosi del segmento cervico-dorsale; scomparsa della normale lordosi lombare.

La pressione sulle apofisi spinose dalla terza dorsale alla quinta lombare provoca dolore. I movimenti delle articolazioni scapolo-omerali e delle anche sono limitati; e diventano dolorosi, quando si cerca di far loro superare un certo grado.

La posizione seduta è mal tollerata. Nel cammino il tronco rigido è tenuto flesso in avanti.

L'esame radiografico dimostra la esistenza di ponti ossei fra 12ª dorsale e prima lombare; e osteofiti sugli spigoli di molte vertebre.

R. W. negativa.

L'esame del sangue dà: globuli rossi 4.416.000; Hb. 65; valore globulare 0,74; globuli bianchi 11.000.

Calcemia: 0,11.

La sindrome presentata dal paziente ci fece porre la diagnosi di spondilosi rizomelica, quantunque l'esame radiologico dimostrasse solo lesioni riferibili ad una spondilosi deformante e anchilosante.

È noto che in questo genere di affezioni la terapia risente della oscurità della etiologia e della patogenesi. Oppel nel 1928 riferiva di aver eseguito 55 paratiroidectomie per poliartrite anchilosante, ottenendo in molti casi dei notevoli miglioramenti; nel 1932 M. Ballin scriveva di averne eseguite 13, ottenendo buoni risultati in 6 casi e un discreto miglioramento in 2 casi.

E di miglioramenti dopo la paratiroidectomia nelle artriti anchilosanti parlano anche Leriche, Heineman e Gruda, Beresin, Funsten (14 paratiroidectomie), Jeanneney (7 casi), Welti (12 casi), Angelelli, D. Maragliano ecc.

Su questi esempi decisi di sottoporre il mio paziente allo stesso trattamento, quantunque la calcemia si potesse considerare in limiti poco superiori ai normali.

Nel Maggio 1932, in anestesia locale, fu asportato un corpiciattolo grande come un chicco di caffè, situato fra le ramificazioni della arteria tiroidea inferiore di sinistra, e che ci sembrò, per la sede, e per le sue scarse connessioni col lobo tiroideo, poter essere una paratiroide inferiore.

L'esame istologico però dimostrò che il nodicino asportato era formato da tessuto tiroideo.

In seguito a questo intervento il paziente disse di avvertire una lieve diminuzione nella intensità dei dolori; ma si trattò di un miglioramento del tutto transitorio.

I commenti, che si possono fare dopo questa prima operazione, sono:

1) Difficoltà di individuare una paratiroide non aumentata di volume.

2) Miglioramenti clinici transitori possono aversi anche quando l'intervento, inteso ad asportare una paratiroide, fallisce al suo scopo: questi miglioramenti sarebbero dovuti, secondo alcuni AA. all'allacciatura di rami dell'arteria tiroidea inferiore, che irrorano la paratiroide. L'allacciatura di alcuni rami terminali della tiroidea inferiore è consigliata da Leriche, quando non si riesce ad individuare la paratiroide.

Secondo altri AA. i miglioramenti osservati in casi simili al precedente sarebbero dovuti a sezione di alcuni rami del simpatico cervicale.

Non credo opportuno trattenermi su queste ipotesi, che mancano di una base sicura. Ma mi sembra opportuno affermare che non mi sembra esatto catalogare fra i casi migliorati parzialmente quei pazienti che, come il mio, non presentano alcuna modificazione obiettiva, ma che dicono solo di sentirsi un po' meglio; e ciò per un breve periodo di tempo.

Dopo l'intervento la calcemia non si modificò.

Il malato uscì dall'Ospedale il 18 giugno 1932. Vi rientrò il 30 ottobre dello stesso anno, perchè la rigidità vertebrale, la limitazione dei movimenti delle grandi articolazioni prossimali, e i dolori si erano intensificati. Una nuova determinazione della calcemia dette: 0,104; il metabolismo basale era + 15,9.

Il 17 novembre si procedette ad un nuovo tentativo di paratiroidectomia, Questa volta fu asportato un piccolo nodulo (come un grano di mais), di colorito rosso scuro, situato fra le ramificazioni posteriori dell'arteria tiroidea inferiore destra. L'esame istologico (eseguito dal prof. Nazari) dimostrò che il nodulo asportato era costituito da tessuto paratiroideo.

Dopo l'intervento non si osservò alcun sintoma riferibile ad insufficienza paratiroidea.

Questa volta si ebbe un miglioramento clinico più accentuato: la rigidità vertebrale sembrava diminuita; il paziente era in grado di poter stare seduto sul letto, cosa che prima non era possibile.

Ma anche dopo questo secondo intervento, che aveva ottenuto lo scopo di rimuovere una paratiroide, il miglioramento fu solo passeggero.

Visto che con la paratiroidectomia non avevo avuto la fortuna di ottenere i risultati, che Oppel, Ballin, ecc. avevano osservato, pensai di eseguire delle resezioni delle catene laterali del simpatico cervico-toracico e lombare.

A vero dire già fin dal 1900 Jaboulay eseguiva interventi sul simpatico in alcune artralgie, e più recentemente Adson e Rowntree della Mayo Clinic, e anche Hench, hanno consigliato la ganglionectomia simpatica in alcune forme di artriti croniche, non specifiche, sopratutto in individui giovani e nelle forme con scarse lesioni ossee.

Nel nostro caso le lesioni erano certamente più complesse ed estese. Pensai tuttavia che la vasodilatazione e la iperemia consecutiva alla ganglionectomia avrebbero potuto avere un effetto benefico.

Dopochè a mezzo di una iniezione endovenosa di Mixogon si potè dimostrare un componente vasospastico di notevole grado a carico della vascolarizzazione degli arti superiori (aumento di temperatura da 35° a 39°) si procedette, per via posteriore, alla resezione dei gangli simpatici secondo dorsale e ganglio stellato (17 dicembre 1932).

Il giorno successivo all'operazione si notò una netta sindrome di Cl. Bernard-Horner a carico dell'occhio sinistro.

L'intervento provocò non solo un notevole aumento di temperatura dell'arto superiore di sinistra, ma una rapida cessazione dei dolori irradiati alla spalla, mentre i movimenti in corrispondenza dell'articolazione scapolo-omerale di sinistra divenivano assai più facili ed ampi: il paziente era in grado di portar la mano sulla testa, cosa che prima era assolutamente impossibile.

Il paziente uscì dell'Ospedale l'8 Genn. 1933.

Ritorna l'8 Marzo. Mentre il miglioramento manifestatosi in corrispondenza dell'arto superiore sinistro, si è mantenuto, persiste la rigidità lombare e il dolore irradiato agli arti inferiori.

Il grado della vasocostrizione di origine simpatica negli arti inferiori fu anche qui determinato con la piressia indotta dalla iniezione di proteine eterogenee: e si dimostrò notevole.

Si credette perciò che una ganglionectomia lombare avrebbe potuto dare un buon risultato, analogamente a quello che era avvenuto per l'arto superiore sinistro.

L'asportazione parziale della catena simpatica lombare dei due lati fu eseguita l'11 marzo, in anestesia rachidea.

Contrariamente alla mia abitudine, per eseguire la resezione bilaterale con una sola incisione, scopersi il simpatico per via transperitoneale, traverso una incisione mediana, sezionando poi il peritoneo posteriore in senso trasversale poco sopra il promontorio.

La scopertura della catena simpatica di destra fu relativamente facile (se ne asportò un segmento di circa 5 cm. comprendente il 4° e il 5° ganglio); più difficile fu quella di sinistra (si asporta il solo 5° ganglio).

Questo intervento, come il precedente, fu seguito da un miglioramento assai notevole: scomparsa dei dolori irradiati agli arti inferiori, diminuzione dei dolori sacro-lombari e della rigidità. Il paziente, pur camminando ancora con un certo incurvamento, è assai più libero nei suoi movimenti.

È mia opinione che, se avessi potuto eseguire una resezione più completa del simpatico lombare (1), il successo ottenuto sarebbe stato anche maggiore, sopratutto per ciò che riguarda i dolori e la rigidità lombare.

***

Trarre da un solo caso delle deduzioni d'indole generale non sarebbe certamente prudente.

Appare tuttavia chiaro da quanto abbiamo osservato e riferito che la paratiroidectomia nel nostro malato si è dimostrata completamente inefficace. Evidentemente la paratiroidectomia non era indicata, come già faceva supporre il grado pressochè normale della calcemia.

Lo studio di questa e la determinazione del grado di ipotonia muscolare (misurata, o con una semplice slitta di Du Bois-Reymond, o con la determinazione della cronassia, o con la misura dell'intervallo fra R-T nell'elettrocardiogramma) cioè la ricerca dello stato di iperparatiroidismo, se è necessaria nei casi di osteite fibro-cistica, in cui la paratiroidectomia trova la sua più netta indicazione, è tanto maggiormente indispensabile nelle forme di poliartrite anchilosante, per poter determinare quali forme possono beneficiare della asportazione di una paratiroide.

Lo stesso Ballin, che trova indicazioni alla paratiroidectomia, oltre che nella osteite fibro-cistica, nel morbo di Paget, nella poliartrite anchilosante, nella osteogenesi imperfetta, in alcuni casi di miastenia, facendone altrettanti tipi di paratiroidismo, avverte che « una adatta selezione dei casi da operare condurrà a risultati migliori ».

Nei pazienti, che, come nel nostro, non presentano segni evidenti di iperparatiroidismo, è forse opportuno cominciare senz'altro dalle operazioni sul simpatico, che possono provocare notevoli miglioramenti, sia subiettivi, che obiettivi.

Come questi si avverino non è bene stabilito: forse essi sono in rapporto con le migliorate condizioni del circolo locale, consecutive alla soppressione degli stimoli vasocostrittivi; e forse anche con la sezione di fibre della sensibilità profonda.

In ogni modo, prima di eseguire le ganglionectomie simpatiche è necessario stabilire, a mezzo di una delle prove ormai ben note, il grado del vasospasmo periferico.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su di un caso di spondilosi deformante anchilopoietica, con sindrome di spondilosi rizomelica, in cui una paratiroidectomia non modificò affatto il corso della malattia, mentre la resezione di segmenti delle catene laterali del simpatico cervico toracico e lombare portarono un notevole miglioramento dei sintomi subiettivi ed obiettivi.

(1) Ampie resezioni del simpatico lombare eseguo usualmente utilizzando la via extraperitoneale.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE VITTORIO EMANUELE III DI MONSELICE.

L'azione digestiva della bile cistica.

Prof. ENRICO PERITI, medico prim. e docente.

Alla quistione se normalmente la colecisti sia capace di contrarsi vuotandosi del suo contenuto, è collegato il concetto della utilità o necessità di tale contrazione.

Dato lo scopo della presente nota ricorderò solo per sommi capi le esperienze fisiologiche, le osservazioni cliniche e radiologiche connesse al potere contrattile della colecisti.

Da alcune ricerche del Ranvier eseguite oltre che su l'uomo, su le cavie e sul cane è risultato che tra la mucosa e la sierosa della cistifellea esistono fibre muscolari lisce che sono in genere disposte circolarmente o a rete e tali da determinare la contrazione peristaltica e uno svuotamento attivo, efficace dell'organo.

Ma alcune esperienze fisiologiche tenderebbero a diminuire il valore di questo strato muscolare in quanto esse dimostrerebbero come la colecisti non si contragga.

L'introduzione diretta nella cavità cistica di sostanze coloranti non ha determinato in duodeno fuoriuscita di bile colorata.

Troppo oltre ci porterebbe la discussione di una serie di esperimenti eseguiti da alcuni ricercatori e criticati da altri, tutti basati sul principio di colorare la bile contenuta nella vescichetta. Si può dire che gli esperimenti condotti su questa base sono falliti per varie ragioni, che qui non è il caso di elencare e discutere.

È noto come la bile che si ottiene dopo instillazione in duodeno, per mezzo della sondina, di solfato di magnesio o di peptone, ecc., sia stata interpetrata di provenienza cistica e dovuta alla contrazione delle pareti della cistifellea.

Ma questo concetto in apparenza così semplice ha avuto dei contrari e dei sostenitori.

I primi, come si sa, si basano sui seguenti punti fondamentali:

a) È possibile dopo un riflesso vescicolare positivo ottenere altra bile scura con una seconda instillazione di solfato magnesio;

b) il deflusso della bile B dopo l'instillazione del solfato di magnesio non si presenta immediatamente giallo-bruno, ma assume questo colore a poco a poco, gradatamente;

c) in persone operate di colecistectomia è stato possibile provocare con l'instillazione della soluzione di solfato di magnesio un deflusso di bile scura avente i medesimi caratteri della bile B.

Alla prima obbiezione si risponde che la contrazione riflessa vescicolare non fa vuotare completamente tutta la cavità dell'organo, come ci dimostra la radiografia, e la seconda instillazione provoca di nuovo la contrazione in una vescica che contiene ancora della bile B. Successive instillazioni rimangono infatti senza effetto.

Alla seconda obbiezione si può contrapporre che sul principio la bile B defluisce commista con la soluzione iniettata e solo in secondo tempo può defluire pura, ciò è tanto vero che, se si provoca il riflesso con un'iniezione di istamina, la bile B defluisce presentando subito i caratteri di bile scura. La terza obbiezione sembra la più grave di tutte; se il riflesso vescicolare si può provocare anche in persone operate di colecistectomia è logico pensare che la bile B non abbia provenienza vescisolare.

Gli AA. però sono d'accordo che non sempre, nè in tutti i colecistectomizzati si possa produrre il riflesso e se qualche volta questo è positivo, bisogna tener presente il fatto sicuramente accertato che in seguito alla colecistectomia le vie biliari si dilatano e per una specie di adattamento funzionale la bile in questi individui è più scura e qualche volta il moncone rimasto alla amputazione della cistifellea si dilata al punto da raggiungere almeno un quarto del volume primitivo della colecisti.

Recentemente l'Einhorn a sostegno della sua tesi che la bile B non abbia provenienza cistica, ha riportato un caso nel quale egli aveva ottenuto la bile B mentre all'operazione la cistifellea risultò infarcita di calcoli, occlusa e priva nel suo contenuto di qualsiasi traccia di bile. Questo caso che può suggestionare nella interpetrazione della provenienza della bile B, perde ogni valore se si pensa che neanche la presenza di bile B in colecistectomizzati è stata sufficiente di fare escludere la provenienza vescicolare della bile scura ottenuta per instillazione in duodeno delle solite sostanze.

Ma indagini basate su altri criteri ci hanno dato la prova convincente della contrattilità della cistifellea.

Se, per mezzo di un apparecchio scrivente si registrano i movimenti di una cistifellea staccata, si possono dimostrare le sue contrazioni spontanee e provocate da agenti fisici, chimici e farmacodinamici (specie pilocarpina) analogamente esperienze di osservazione diretta su

animali, e la radiografia nell'uomo dimostrano indiscutibilmente il potere contrattile della cistifellea che avviene per riflesso chimico dovuto a speciali sostanze a contatto con la mucosa duodenale.

Per quanto la questione della contrattilità della colecisti sembrerebbe a questo punto risolta, dobbiamo ora prendere in considerazione critica una elegante e suggestiva obbiezione mossa dal Mann e vedere quanto fondamento essa possa avere e se non ci suggerisca piuttosto delle nuove idee sulla funzione della bile cistica.

La bile si raccoglie nella vescichetta e questa, a momenti opportuni la riversa nell'intestino: è evidente che la colecisti ha funzione di serbatoio. Ma quale può essere, si domanda il Mann, il valore di un serbatoio di bile, della capacità di 40 cmc. di fronte agli 800 o 1000 cmc. di bile che normalmente sono secreti dal fegato nelle 24 ore?

A questa obbiezione così suggestiva, si può intanto rispondere che la colecisti normalmente si vuota almeno tre volte al giorno in corrispondenza dei pasti presi nelle 24 ore, ma ciò non basta.

Si sa che la bile vescicolare, per assorbimento di acqua viene fortemente concentrata al punto che essa è almeno tre volte più densa della bile epatica, secondo Aschoff; ma altri danno cifre ben superiori e per Hohlveg essa raggiunge una concentrazione di almeno dieci volte.

Tuttavia queste considerazioni non mi sembrano sufficienti per attribuire alla colecisti una semplice funzione di serbatoio. I valori della concentrazione della bile B dati da Hohlveg sono i maggiori, ma per Achoff la bile vescicolare sarebbe soltanto tre volte più concentrata della bile epatica e se così è, tenuto conto che l'organo si vuota tre volte al giorno, si avrebbe che i 40 cmc. della capacità della colecisti andrebbero moltiplicati per sei e cioè si arriverebbe a 240 cmc.; cifra sempre molto modesta per attribuire alla cistifellea una funzione di serbatoio di fronte ai 1000 cmc. di bile secreta nelle 24 ore dal fegato, d'altra parte tutto fa pensare che se è vero che nel corso della giornata si fa per almeno tre volte lo svuotamento della cistifellea, questa non è detto che debba vuotarsi ogni volta completamente come potrebbe esser dedotto dalla persistenza per un tempo abbastanza lungo dell'ombra della cistifellea ai raggi X dopo iniezione di tetraiodofenolftalina.

A questo punto della discussione io mi domando se ciò che dice Mann: che la vescichetta cioè abbia funzione di serbatoio, possa essere una petizione di principio. Ed infatti nessun elemento è sicuramente a favore di questo concetto, la capacità della colecisti è minima e gli altri elementi invocati appaiono insufficenti per attribuire all'organo una funzione di serbatoio, ma questa non è una buona ragione per escludere che la vescichetta debba vuotarsi ritmicamente nel duodeno del suo contenuto. Non funzione di serbatoio, ma altre funzioni può avere la cistifellea è viene spontanea alla mente pensare che la bile rimanendo per un periodo piuttosto lungo nella sua cavità, vi debba subire delle modificazioni profonde che forse vanno al di là di una semplice concentrazione.

Questa idea non è nuova e noi sappiamo che nella bilirubinogenesi possono avere una parte importante gli epitelii delle vie biliari; e secondo il Florentin, le cellule epatiche secernerebbero un cromogeno incoloro, che subirebbe una ossidazione nei canalicoli biliari divenendo così il pigmento definitivo. Sappiamo quali profondi mutamenti subisca la bile dopo un certo soggiorno nella cistifellea e l'epitelio di quest'ultima ha probabilmente una funzione importante per tale mutamento.

È forse un eccessivo semplicismo voler considerare la vescichetta come un semplice serbatoio e può essere una petizione di principio quella del Mann di volere escludere l'azione contrattile della colecisti sol perchè può essere messa in dubbio la funzione di serbatoio. D'altra parte tutto ci induge a credere che la bile cistica si versi, per riflesso chimico in duodeno proprio quando il chimo entra nella prima porzione dell'intestino e ciò fa logicamente pensare che la bile B abbia una funzione speciale ed utile se non indispensabile nel chimismo della digestione intestinale.

Si sa come la bile esalti il potere enzimatico del succo pancreatico e specie quello lipolitico, ma dopo tutta la discussione che abbiamo fatto possiamo essere autorizzati a credere che la bile B abbia una più spiccata azione rinforzante sugli enzimi pancreatici. Che io sappia non è stata studiata a parte l'azione digestiva della bile proveniente dal fegato e quella proveniente dalla cistifellea. L'argomento è complesso e può essere studiato da vari punti di vista in rapporto alle trasformazioni chimiche quantitative delle varie sostanze alimentari. Io ho creduto in un primo momento e come ricerca di orientamento di riferirmi alla digestione dei grassi ed ho studiato in rapporto ad essi il po-

tere digestivo del succo duodenale contenente una o anche l'altra specie di bile.

Nella scelta mi sono servito di individui indenni da ogni turba dell'apparato digerente ed ho introdotto la sondina la mattina a digiuno. Defluita la bile A ho iniettato il solfato di magnesio per ottenere la bile B e dell'etere solforico per il succo pancreatico. Naturalmente i vari liquidi sono stati raccolti in recipienti separati. Ho mescolato in una provetta un cm. di succo pancreatico e un cmc. di bile A.

In una seconda provetta un cmc. di succo pancreatico, 1/2 cmc. di bile A e 1/10 di cmc. di bile B. Ho presunto che la bile B avesse una concentrazione 5 volte maggiore della bile A e con la miscela della seconda provetta ho calcolato di aggiungere al succo pancreatico la stessa quantità di bile aggiunta nella prima provetta.

Ho disposto in un porta-provette due serie di provette di cui nella prima ho fatto dei passaggi del liquido contenuto nella prima provetta nel modo seguente:

Prelevato 1/2 cmc. del liquido l'ho messo nella 2ª provetta a cui aggiungevo 1/2 cmc. di acqua distillata, 1/2 cmc. della 2ª provetta l'ho passato nella 3ª a cui aggiungevo altro 1/2 cmc. di acqua distillata e così via in maniera che avevo delle diluizioni corrispondenti rispettivamente al 50 %, 25 %, 12 % 6 %, 3 %. Lo stesso procedimento ho fatto nella seconda serie di provette col liquido contenente la bile B.

Per il dosaggio della lipasi mi sono servito del metodo di Carnot-Maubon.

In scatole di Petri si versa della soluzione composta: gelatina di agar al 2 % gr. 40, amido gr. 2, grasso di maiale o burro gr. 4, acqua gr. 40 e dopo averlo fatto bollire per ottenere una emulsione omogenea. L'esperimento mi ha insegnato che per meglio svelare il potere lipolitico è bene alcalinizzare con soda. In una scatola ho versato una goccia del liquido di ciascuna provetta della prima serie contenente la sola bile A e in un'altra scatola una goccia di ciascuna provetta della seconda serie contenente la bile B.

Lasciate le due scatole un'ora in termostato la saponificazione è rivelata dalla formazione di placche che assumono un colore bleu se sulle piastre vi si versa una soluzione di acetato di rame al 5 % che si fa stare un'ora prima della lettura. In genere la saponificazione si è resa evidente fino alla diluizione del 25 % nella piastra in cui si è versato il liquido contenente la sola bile A mentre tale saponificazione era evidente fino alla diluizione del 6 % e qualche volta anche del 3 % nella piastra in cui si era versato il liquido della seconda serie di provette contenente la bile B.

Queste esperienze dirò così di orientamento mi sembra che confermino che la bile cistica abbia sul succo pancreatico un potere rinforzante maggiore della bile proveniente dal fegato e molto probabilmente la bile che si raccoglie nella cistifellea e che rimane per qualche tempo a contatto con l'epitelio della sua mucosa acquista una azione digestiva maggiore della bile fresca appena secreta dalla cellula epatica.

Il più marcato potere digestivo non può essere attribuito alla maggiore concentrazione della bile B, perchè io nelle esperienze ho tenuto conto di questo elemento e nella serie di provette contenenti la bile B ho messo di questa una quinta parte in rapporto a tutta la bile A contenuta nell'altra serie di provette e ciò si deduce facilmente dalle cifre che ho esposto. Se questo concetto sarà confermato da altre esperienze per molteplici vie condotte noi potremo dare una maggiore importanza alla bile B e pur trascurando la funzione di semplice serbatoio della vescica biliare potremo attribuire a questa un'attività più elevata e complessa tendente a modificare una parte della bile per renderla meglio atta a rinforzare e coadiuvare gli enzimi digestivi del pancreas.

RIASSUNTO.

L'A. dimostra sperimentalmente come la bile B possa avere una più spiccata azione della bile A nella funzione digestiva dei grassi. Tale proprietà è acquisita probabilmente dal soggiorno nella colecisti e dal contatto prolungato con l'epitelio della sua mucosa. La vescica biliare avrebbe così una funzione più importante e complessa e non quella di semplice serbatoio, che passerebbe in seconda linea.

BIBLIOGRAFIA.

Desjardins. *L'esploration radiologyque dans la cholécystite et la lithiase biliaire.* Journal de radiologie et d'électrologie, vol. XV, n. 2, 1931.

Eiuhorn. *La bile scura (B) è sempre bile della cistifellea?* Rif. Med., n. 36, 1932.

Florentin. Thèse de Nancy, 1924.

Girardi. *Il sondaggio duodenale.* Minerva Medica, 1930.

Mann e Mogat. Journal of the Med. Sciences, 1, 537, 1925.

Periti. *Le itterizie.* Cedam, Padova, 1933.

Roger. *Traité de physiologie normale et pathologique. Fonctions épatique et escrétion.* Tome III, Masson, éditeur, 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Di alcuni casi di megaleritema epidemico.

Dott. CARLO PARISI - Vibo Valentia.

Da oltre due mesi, in Vibo Valentia (Catanzaro), si va svolgendo un'epidemia di scarlattina a decorso piuttosto benigno. Contemporaneamente ad essa si son presentati dei casi di un'altra malattia esantematica, le cui manifestazioni cliniche appartengono al quadro della cosiddetta « quinta malattia » o « megaleritema epidemico ».

Una relazione su cinque dei casi capitati alla mia osservazione può riuscire interessante, sia come contributo ad una migliore conoscenza del decorso e della fisionomia clinica della malattia sia come rilievo dell'associazione delle due epidemie concomitanti di megaleritema e di scarlattina. Tanto più che in qualche trattato si parla solo di associazione di megaleritema con epidemie di rosolia o di morbillo.

Lo studio dei casi clinici ci offre inoltre l'occasione di trarre alcune considerazioni di diagnostica differenziale.

CASO I. — C. Angiolino di Luigi, di anni 8.

Egli non ha precedenti morbosi: non ha sofferto di morbillo, di scarlattina o di altre malattie esantematiche.

Una mattina sulle guance del bambino appare un vivo arrossamento, più accentuato da un lato, che i familiari erroneamente attribuiscono ad una percossa subita il giorno precedente. Consultato per tale fatto, riscontro un vasto eritema facciale, esteso a tutt'e due le metà del viso, con esclusione della zona periorale, assenza di fenomeni generali e perfetta indennità delle mucose.

Nei due-tre giorni successivi compare lieve alterazione febbrile (37°,1-37°,2). Le zone eritematose al viso divengono più scure, tendenti al violaceo, lievemente rilevate. Poi il rossore regredisce dal centro verso la periferia: i margini restano un po' più a lungo colorati, indi impallidiscono anch'essi.

Nessun'altra manifestazione eruttiva al tronco e agli arti. Non vi è concomitanza di disturbi gastro-intestinali. Sulle zone eritematose del viso non avviene alcuna desquamazione.

CASO II. — P. Nina di Placido, di anni 8.

Nessun precedente esantematico.

La bambina, che aveva fatto uso il giorno precedente di carne insaccata, presenta, senza prodromi di sorta, delle larghe chiazze eritematose ai due lati della faccia, cui segue un'eruzione maculo-papulosa, diffusa meno al corpo e di più agli arti.

Assenza di macchie di Koplich e di fenomeni catarrali congiuntivali o rino-faringei.

L'eritema facciale subisce un impallidimento graduale dal centro alla periferia, attraversando una fase d'intensa colorazione rosso violacea.

L'eruzione maculo-papulosa del tronco e degli arti è costituita da efflorescenze più o meno grandi e confluenti e variamente conformate.

In 6-7 giorni si ha regressione di tutti i fatti eruttivi e durante la loro permanenza non si notano disturbi gastro-intestinali nè fenomeni generali (febbre, malessere, ecc.). Non segue desquamazione.

CASO III. — P. Rosalia di Placido, di anni 10.

A sette anni ha sofferto il morbillo. L'attuale malattia ha inizio a distanza di sette giorni da quella della sorella (N. 2). Ugualmente l'infezione esordisce, senza periodo prodromico e senza alterazione dello stato generale, con larghe chiazze eritematose alle guance, seguite da chiazze eritematose ed elementi papulosi, variamente distribuiti e conformati, più o meno grandi, sulle superficie estensorie degli arti. Anche in questo caso sia al viso che in qualche zona cutanea degli arti le chiazze eritematose assumono un aspetto anulare per decolorazione centrale (eritema marginato). Tutto l'esantema regredisce in otto giorni, senza lasciare desquamazione.

Nessun risentimento glandolare; nessuna complicazione immediata o tardiva.

CASO IV. — M. Pina di Antonio, di anni 9.

Nessuna malattia esantematica pregressa, all'infuori della varicella.

La malattia comincia senza alcun prodromo con due larghe chiazze eritematose alle guance, che contrastano con la pallidezza del contorno periorale.

In 2-3 giorni le guance assumono una colorazione rosso cianotica ed appaiono lievemente edematose.

Si ha successivo impallidimento dello eritema delle guance, mentre i margini restano ancora colorati: sul viso si forma così il disegno di due cerchi.

Insorge e si svolge successivamente, mentre quella facciale regredisce, un'eruzione a tipo maculo-papulosa in corrispondenza degli arti, specialmente sulle facce estensorie. I singoli elementi che costituiscono l'esantema appaiono di diversa grandezza e forma e variamente distribuiti, talchè l'eruzione in alcuni punti sembrerebbe scarlattinoide, in altri, e prevalentemente, morbilliforme.

L'esantema si esaurisce in 8-10 giorni. Durante la malattia non si constatano febbre nè fenomeni a carico della gola o delle altre mucose.

Dopo una settimana dalla scomparsa del megaleritema la bambina viene colpita da infezione scarlattinosa (vomito, febbre, angina, esantema caratteristico, desquamazione).

CASO V. — M. Ivana di Antonino, di anni 3.

Nessun precedente di malattie esantematiche.

A distanza di un mese dall'uguale malattia della sorella (N. 4), la bambina presenta improvvisamente vivo arrossamento alle guance. Questo eritema in 2-3 giorni è in pieno sviluppo, poscia regredisce attraversando la fase di eritema marginato (decolorazione della zona centrale). Agli arti invece si ha un'eruzione costituita da

chiazze eritematose, lievemente rilevate, di diversa grandezza, conformazione e distribuzione, che si svolge e si esaurisce in 10 giorni. Negli ultimi due giorni l'esantema agli arti è più appariscente di mattina, quando da poco la bambina ha lasciato il letto (azione del caldo del letto sull'eruzione).

Assenza di fenomeni catarrali congiuntivali e rino-faringei, di febbre, di disturbi gastro-intestinali.

Mancanza di desquamazione.

Tra le malattie che comunemente si manifestano con esantema maculo-papuloso vengono descritte: il morbillo e la scarlattina, la rosolia e la quarta malattia (detta anche malattia di Filatow-Dukes).

I trattati più moderni includono anche la quinta malattia o megaleritema epidemico.

Basandosi sui caratteri speciali dell'esantema Dukes stabilì che il morbillo sta alla rosolia come la scarlattina sta alla quarta malattia.

Per differenziare le quattro forme morbose si son ricercati dei dati clinici e dei dati epidemiologici, ma allo stato attuale la distinzione — per lo meno clinica — non è possibile, onde sussiste il dubbio che rosolia e quarta malattia possano essere forme attenuate rispettivamente del morbillo e della scarlattina.

Dal gruppo di tali malattie esantematiche si stacca invece la quinta malattia o megaleritema epidemico, che ha una fisionomia clinica così precisa e diversa da renderla facilmente distinguibile e differenziabile.

Come si ricava anche dai cinque casi illustrati la quinta malattia è infettiva, contagiosa, epidemica, a decorso benigno.

L'etiologia è sconosciuta.

Dopo un periodo d'incubazione, che varia secondo i diversi Autori dai 5 ai 17 giorni e che in uno dei casi descritti (n. 5) appare molto più lungo (di circa un mese), la malattia esordisce con un esantema al viso, caratterizzato da larghe chiazze rosso cianotiche, lievemente rilevate, che regrediscono in 2-4 giorni scolorandosi prima al centro poi alla periferia e dando luogo a delle configurazioni anulari o marginate.

All'eritema facciale segue un'eruzione maculo-papulosa estendentesi meno al tronco e di più agli arti, dove assume l'aspetto morbilloide o scarlattinoide o meglio ancora un aspetto variabile caratterizzato da efflorescenze di diverso tipo, forma e grandezza.

L'esantema può avere la durata di 6-10 giorni e talvolta può essere rappresentato dalla sola eruzione al viso (caso n. 1).

Durante la malattia lo stato generale non è assolutamente compromesso: manca la febbre o vi è lieve alterazione febbrile; manca qualsiasi manifestazione catarrale a carico delle mucose.

In nessuno dei miei casi ho notato tumefazioni glandolari o complicazioni di altro genere neppure tardive.

La quinta malattia da quando venne descritta da Cheinisse (1886-1905) ha assunto diversi nomi; megaleritema epidemico (Plachte), eritema semplice marginato (Feilchenfeld), eritema infettivo acuto (Schaw-Sticker), eritema infettivo morbilliforme, eritema scarlattinoide (Trammer).

Di tutte le sinonimie la più appropriata è quella di megaleritema epidemico, perchè ricorda i caratteri speciali dell'esantema e la sua natura epidemica.

Anche quella di eritema semplice marginato si adatterebbe perchè identifica alcune fasi e certe configurazioni dell'esantema.

Poco indovinate ed appropriate sono invece le altre: la denominazione di eritema infettivo acuto può far pensare ad una eruzione eritematosa insorgente nel decorso di qualsiasi infezione; quella di eritema morbilliforme o scarlattinoide genererebbe delle confusioni e non è giustificata neanche dai caratteri dell'esantema, che nella quinta malattia, com'è indicato dai vari Autori e come noi stessi abbiamo notato, è quasi sempre simultaneamente diverso nelle varie regioni colpite.

Dato il quadro clinico descritto, la quinta malattia è facilmente differenziabile dalle altre malattie esantematiche come dagli altri eritemi infettivi, dove, oltre ai segni peculiari di ciascuna malattia, si riscontrano sempre dei fenomeni generali.

Nei casi esaminati, per la loro coincidenza con una epidemia di scarlattina a decorso benigno, l'errore era possibile con forme di rubeola scarlattinosa (quarta malattia). Ma — a parte la considerazione che l'esantema era costituito prevalentemente da larghe chiazze eritemato-papulose più o meno confluenti e non da elementi papulosi puntiformi — in nessuno dei casi osservati si è potuto riscontrare quel quadro clinico di scarlattina lieve che caratterizza la quarta malattia: fenomeni generali attenuati, febbre modica, angina lieve, eventuali tumefazioni glandolari e leggera albuminuria, desquamazione furfuracea.

La quinta malattia può essere invece più facilmente confusa (come era accaduto per il caso n. 2) cogli eritemi da etero- o auto-intossicazione alimentare, ma è distinguibile per l'assenza di parallelismo tra fatti cutanei e

fatti gastro-intestinali, nonchè per la localizzazione iniziale dell'eritema sul volto.

Si differenzia dall'eritema nodoso, in cui il processo interessa la cute e il tessuto sottocutaneo e non ha la sua sede iniziale al volto.

Si può distinguere dall'eritema polimorfo che non è contagioso e presenta fatti cutanei (che possono essere simultaneamente vari: eritemi, papule, vesciche, bolle) accompagnantisi a fenomeni generali di tipo ed intensità variabile.

Il megaleritema dal punto di vista epidemiologico è malattia che ricorre in forma sporadica o in piccole epidemie, spesso associate ad epidemie di morbillo, di rosolia o di scarlattina.

Questa volta l'abbiamo visto svolgersi parallelamente ad una epidemia di scarlattina a decorso lieve.

Dai casi illustrati si rileva anche il carattere familiare dell'epidemia di megaleritema. Carattere che risalta meglio in un lavoro di Cathala e Cambassédès (« Note sur une épidémie familiale d'érythèmes infectieux »), nel quale gli Autori, avendo riscontrato la malattia in cinque bambini d'una stessa famiglia, la descrivono col nome di « eritema infettivo ». Nella formula sanguigna da loro studiata si rinviene mononucleosi con eosinofilia.

RIASSUNTO.

L'A. illustra cinque casi di « megaleritema epidemico » osservati durante una concomitante epidemia di scarlattina.

Ricorda e critica le diverse denominazioni date alla malattia, della quale descrive il decorso clinico ed epidemiologico.

Seguono alcune considerazioni di diagnostica differenziale.

Vibo Valentia, 25 luglio 1933.

BIBLIOGRAFIA.

EICHHORST. *Palologia e Terapia*, vol. IV, S. E. L., Milano.

CASAGRANDI O. *Trattato Italiano d'Igiene*. U.T.E.T.

PONTANO T. *Malattie da infezione*. Idelson, Napoli.

FRONTALI E. *Prescrizioni pediatriche*. Pozzi, Roma.

FERRIO L. *Diagnostica clinica malattie interne*, volume I, U.T.E.T.

RADAELI F. *Diagnostica malattie cutanee*. Vallardi, Milano.

VALAGUSSA F. *Consultazioni di clinica, dietetica e terapia infantile*. Ed. L. Pozzi, Roma, 1932.

GAMNA G. *Malattie infettive*. U.T.E.T.

CATHALA J. et CAMBASSÉDES H. *Note sur une épidémie familiale d'érythèmes infectieux paraissant devoir être rattachée à la « Cinquième maladie »*. Bull. Soc. méd. hôp. de Paris, 16 febbraio 1928.

SUNTI E RASSEGNE

TISIOLOGIA.

La patogenesi della tubercolosi polmonare. La prima infezione.

(ISI FISHER. *Le Bulletin médical*, n. 29, 22 maggio 1933).

Ammessa l'universalità del contagio tubercolare nei paesi di antica civiltà, ove la malattia è endemica, le ricerche sono state dirette per vedere la via seguita dall'infezione per giungere alle lesioni finali, e presto ci si è reso conto che la malattia è funzione di infezioni diverse, dette tisiogene (influenza, morbillo, pertosse) che con il loro potere anergizzante, influenzano direttamente l'andamento della malattia. Von Behring pel primo emise l'idea che la tubercolosi dell'adulto avesse una evoluzione ciclica strettamente dipendente dalle malattie acquisite dal neonato e dalla prima e seconda infanzia. Questa idea costituisce il nucleo intorno a cui Ranke imbastisce il suo sistema istituendo un rapprto fra lesioni anatomiche e stati allergici degli umori.

La tubercolosi umana inizia con una prima infezione che, nei nostri paesi, si realizza nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza. Il polmone presenta in un territorio qualsiasi una lesione limitata, ordinariamente chiamata cancro o tubercolo d'inoculazione: il sistema ganglionare tributario subisce il contraccolpo. Il numero dei gangli lesi e il grado della lesione sono in rapporto con l'intensità della contaminazione e della resistenza locale. La legge dell'adenopatia similare di Parrot è ancora classica e valevole per tutte le localizzazioni tubercolari: a livello dell'intestino dove il bacillo passa senza lasciare traccia, se ne ritrova ancora il segno nei gangli mesenterici. Per quel che riguarda la prima infezione (complesso primario dei Tedeschi), è oggidì stabilito che inizia con una lesione ganglio-polmonare il più spesso. Il complesso primario possiede una struttura che l'individualizza in modo tale da potersi identificare sempre: è la più antica lesione. Il complesso primario ha il suo valore non soltanto come fase anatomo-clinica, ma anche come indice della porta d'ingresso del bacillo. Il focolaio primario è ordinariamente unico: se così non è vuol dire che l'infezione è stata massiva e grave d'*emblée* come si vede nei lattanti. Topograficamente i complessi primari si dividono, secondo le statistiche delle autopsie: 93,56 % con porta d'ingresso polmonare; 6,44 % per altre vie (Ghon). È stato d'altra parte confermato che il focolaio iniziale prende origine nelle regioni polmonari meglio aereate: per Huebschmann, la media sarebbe meno elevata per l'infezione polmonare (83 %), la prima infezione intestinale fi-

gurerebbe pel 16 %, e le altre porte d'entrata (amigdale, naso, orecchio, organi urogenitali) pel 10 %.

Il cancro d'inoculazione ha sede dunque nelle regioni meglio aereate: come ricorda Huss si ritrovano questi focolai iniziali sia a destra, che a sinistra, ma con una certa predilezione per i lobi inferiori, essendo rara la localizzazione propriamente apicale. Le statistiche recenti sembrano mostrare che il polmone destro (54,25 %) è un poco più frequentemente colpito del sinistro. Il focolaio è spesso unico; in casi eccezionali multiplo (in un caso di Ghon e Kundlich vi erano 17 cancri primari). L'età nella quale si ha la maggiore probabilità di trovare il complesso primario all'autopsia è fra i 2 e i 15 anni. Più il bambino avanza negli anni e più il cancro di guarigione si mostra grande. Il cancro d'inoculazione può scomparire in un processo distruttivo caseoso.

Macroscopicamente la lesione varia fra una testa di spillo e quella di una castagna .La grandezza dipende inoltre dallo stadio nel quale l'autopsia è fatta. Microscopicamente è una lesione infiammatoria del tipo essudativo, alveolare e fibrinoso, che costituisce un focolaio pneumonico evolvente verso la caseificazione. La periferia del focolaio è occupata da un tessuto scleroso che è lo strato delle cellule linfocitarie ed epitelioidi. Nello stesso tempo si ritrovano metastasi mediastiniche ganglionari, e questo insieme ganglio polmonare costituisce il complesso primario di Ranke ed è alla base della legge del Parrot.

Non vi è nessun rapporto fra l'intensità della reazione ganglionare e le dimensioni del cancro di inoculazione. Presto l'alterazione ganglionare sorpassa la lesione polmonare, raggiungendo un grado tale da costituire una individualità clinica che per lungo tempo è stata considerata come una adenopatia tracheobronchiale autonoma. I gangli presentano un nucleo caseoso centrale limitato da un bordo produttivo: quel che caratterizza il focolaio primario è la sua tendenza a regredire ed a guarire per un processo di calcificazione. La eventualità contraria è anche possibile e può portare ad una bronco-polmonite, alla polmonite caseosa, alla sindrome cortico-pleurale, alla granulia. A fianco di questa disseminazione polmonare, possono intervenire metastasi per via sanguigna con tutte le possibilità localizzatrici della tubercolosi generalizzata.

Nella maggior parte dei casi la prima infezione finisce per estinguersi.

Se il processo della prima infezione è più o meno spiegato, persistono dei punti oscuri sulla genesi del complesso primario. Malgrado i progressi fatti dalla tisiologia negli ultimi anni, non è ancora indiscutibilmente dimostrato che contagio sia sempre areogeno. Numerosi autori, francesi e tedeschi, si rifiutano di ammettere la possibilità dell'infezione con l'aria bacillifera: rifiutano al bacillo di Koch la proprietà di fissarsi direttamente sull'alveolo dopo passaggio per un lungo tragitto rappresentato dalle vie respiratorie superiori, fortezza naturale, essi dicono, ben capace di difendersi dall'accesso. Siccome il contagio diretto dell'alveolo sarebbe poco probabile, lo schema classico: aria bacillifera, alveolo polmonare, vie linfatiche, gangli, non formano la via percorsa dal b. di K. E questi AA. vanno ancora più lontano: si rifiutano di localizzare nel polmone la sede iniziale della lesione tubercolare. Essi ritengono che la lesione colpisca prima i gangli: essi invocano la bacillemia e la possibilità pel bacillo di attaccarsi al parenchima polmonare per via retrograda partendo dal sistema ganglionare. In appoggio di questa tesi sono invocati i lavori di Letulle, Bard, Girode i quali ammettono la possibilità del rifiuto intermittente della corrente linfatica sotto l'influenza dei movimenti respiratori. Marfan, Comby, Calmette, Ryder, Obrott, Webh, hanno molto insistito sulla primitività della lesione mediastinica: d'Espine, Mery e Giraud, hanno egualmente sostenuto che la legge di Parrot presenta numerose eccezioni. Oehlecker, Lange, Allen, Krause sembrano sperimentalmente aver sanzionato queste opinioni: essi hanno provato che i bacilli inoculati per via sottocutanea penetrano nel torrente circolatorio e i capillari polmonari, ma senza fissarvisi. Dopo qualche giorno il polmone è liberato ed i bacilli espulsi nei vasi e gangli linfatici. È per il meccanismo di rigurgito che i bacilli possono ricomparire nel polmone e produrvi una lesione. Risulta dalle autopsie che le due lesioni polmonari e ganglionari non coesistono sempre.

La lesione primitiva dei gangli sarebbe dunque assai frequente senza svelabile lesione polmonare: d'altra parte Jousset si domanda perchè, ammettendo che il polmone sia il punto di partenza della prima infezione, una lesione polmonare può sorpassarla e magari mostrarsi più avanzata. Si potrebbe intanto ammettere che l'età differente delle lesioni polmonari e gangliari sarebbero giustificate dal terreno su cui evolve l'infezione. Le condizioni circolatorie sono molto differenti nel polmone e nel sistema linfatico: il ristagno relativo in questo ultimo è una ragione quasi sufficiente per spiegare una caseificazione più avanzata dei gangli ed anche la reazione più intensa che in essi si svolge. Nè contro la sua esistenza parla la invisibilità ai raggi X del cancro da inoculazione: come ricorda Leuret e Caussimon: « la radiografia è limitata per la imperfezione della sua tecnica: il fatto capitale è che esistono delle lesioni talmente piccole da non essere svelabili radiologicamente; l'integrità apparente radiologica non implica la integrità anatomica. La questione, insomma, è lontana dall'essere risolta, ma è manifesta l'affinità del bacillo per

il polmone, in modo che l'aforisma del Louis è nella maggior parte dei casi vero: « non vi è tubercolosi degli organi, se non vi è nel polmone, perchè tutte le vie vi conducono fatalmente ». MONTELEONE.

Significato clinico della tubercolosi polmonare latente.

(F. M. MC PHEDRAU, E. L. OPIE. *Arch. of Inter. Med.*, luglio 1933).

Un notevole avanzamento nelle conoscenze sulla tubercolosi si è avuto con la constatazione della possibilità di lesioni tubercolari gravi, spesso progressive, in soggetti apparentemente sani e nei quali l'esame fisico usuale non rivela alcuno dei segni fisici comuni a tali lesioni. Purtuttavia, la fondamentale importanza di questa tubercolosi *latente* quale precorritrice di lesioni più gravi e manifeste non è da tutti accettata. Molti clinici non hanno ancora voluto ammettere che le lesioni tbc. progressive possano risultare evidenti all'esame radiografico, prima che abbiano potuto produrre alcun sintoma o segno fisico: eppure ciò accade spesso: anzi si può oggi dire con cognizione di causa che se progresso vi sarà in quella che è la diagnosi precoce della tubercolosi polmonare, ciò sarà dovuto ad una più ampia ed esatta conoscenza del valore di una osservazione radiografica precoce del torace.

Alcuni clinici e radiologi trovano difficile il distinguere la forma latente di tbc. da quella che si è arrestata nella sua evoluzione e ciò perchè le caratteristiche anatomiche delle due lesioni, così come sono definite dai raggi X, possono essere indifferenziabili. Eppure tale distinzione ha importanza straordinaria sia per il malato che per la società.

È possibile fare una suddivisione delle forme di tubercolosi latente che sono distinguibili all'esame radiografico in:

A) *lesione tubercolore latente del polmone* (prima infezione, lesione a tipo infantile):

1) molle (aspetto di macchie o di ombre come flocculate);

2) a sabbia (guarita o in via di guarigione);

3) noduli calcificati del polmone (guarita o in via di guarigione).

B) *Tubercolosi delle linfoghiandole tracheo-bronciali*:

1) tubercolosi caseosa massiva;

2) tubercolosi calcificata (guarita o in via di guarigione).

C) *Tubercolosi apicale latente*:

1) lesioni lievi ma evidenti al disotto del bordo inferiore della seconda costola, regione posteriore;

2) lesioni ben evidenti che occupano approssimativamente la metà o più dell'apice, al disopra della clavicola;

3) lesioni limitate al campo polmonare compreso fra il margine superiore della clavicola e la seconda cartilagine costale e non eccedenti le caratteristiche della tubercolosi clinicamente appena manifesta;

4) lesioni equivalenti in estensione e carattere a quelle di una tubercolosi moderatamente inoltrata.

Del gruppo A), l'infiltrazione molle del polmone, riferibile alla infezione primaria, giunge a risoluzione e guarigione in circa i due terzi dei casi, con formazione di una cicatrice fibrosa o calcificata, e non è accompagnata da sintomi o segni fisici evidenti: nel 35 % dei casi si ha invece il passaggio in tbc. manifesta clinicamente. Nei bambini bianchi la malattia ha un decorso più favorevole che nei negri (fenomeno questo chiaramente spiegato dal Sanarelli - N. d. R.).

La tubercolosi caseosa massiva delle linfoghiandole tracheobronchiali è raramente riconoscibile alla radiografia, specialmente se non accompagnata ad infiltrazione polmonare evidente: e ciò anche se la lesione si manifesta con sintomi o segni fisici evidenti; in circa un terzo di questi casi si ha il passaggio in tubercolosi polmonare manifesta. La tubercolosi calcificata delle ghiandole tracheobronchiali è, salvo qualche eccezione, una lesione guarita o in via di guarigione: raramente (2 o 3 % dei casi) essa si trasforma in lesione polmonare attiva.

Il significato potenziale della tubercolosi apicale latente varia con l'età e l'estensione anatomica delle lesioni. Nei giovani, lesioni, anche piccole, all'altezza del margine inferiore della seconda costola posteriormente, sono seguite da tbc. manifesta nel 6 % dei casi.

Delle lesioni latenti che occupano metà o più dell'apice polmonare al disopra della clavicola, un quarto subisce l'evoluzione verso la forma manifesta: lo stesso decorso si ha nella metà circa dei casi con lesioni fra il margine superiore della clavicola e la seconda costa.

[Un'osservazione: questo schematismo di pura marca americana sarà pratico fin che si vuole ed avrà portato anche i suoi frutti. Abbiamo avuto il piacere di leggere la classificazione dei tumori dello stomaco in tumore I, tumore II ecc. Avremo forse fra poco la tbc. numero 1, la tbc. n. 2 ecc. Ma è vera clinica questa che riduce i malati a cose, perdendo di vista l'individualità, che è certamente uno dei fattori principali dell'evoluzione delle malattie? Argomento vecchio questo, e forse appunto per ciò spesso dimenticato].

G. LA CAVA.

La cosidetta "tisi della età pubere„.

(G. POGGIO. *Rivista italiana della tubercolosi e della difesa sociale*, 1 gennaio 1933).

L'A. esamina prima la questione attraverso i dati statistici, poi espone i giudizi anatomi-

ci e patogenetici della tubercolosi durante l'età pubere, ed in ultimo, dopo un commento critico e l'esposizione di giudizi clinici personali, così conclude:

« I documenti statistici ci hanno dimostrato che la mortalità per tubercolosi in Italia ed altrove raggiunge la sua più alta quota verso il quinto o sesto quinquennio di vita, cioè in un'epoca lontana dal « focus » della crisi pubere il quale conviene in età molto anteriore cioè verso il 14° anno di età.

Questo rilievo verrebbe a sminuire il passato giudizio di gravezza della tubercolosi nella età pubere come ci era stato tramandato dalle parziali osservazioni degli anatomici; non esclude però che in tale epoca di vita siano più frequenti i casi di malattia il che lascia adito a supporre siano anche più frequenti i casi di spontanea guarigione.

Noi non abbiamo potuto osservare nella citata curva statistica un incremento della mortalità per tubercolosi con l'iniziarsi della maturazione sessuale. Si potrebbe dimostrare infatti che la scesa della mortalità per tubercolosi procede a gradi dalla età infantile a quella adulta e trapassa senza spinte o deviazioni l'età pubere.

L'esame dei dati statistici accennati verrebbe a rendere anche poco convincenti quelle dottrine, che sorte quasi a separare il fondamento patogenetico della tubercolosi infantile da quella dell'adulto, tentavano motivare la più alta mortalità pubere ed adulta col divenire più frequente in queste epoche di vita dei prodotti anatomici della reinfezione (reinfetto di Aschoff-Puhl). Ma anche l'opinione di coloro i quali ritengono che la pubertà indica una esacerbazione patomorfologica e pato-biologica della tubercolosi non appare convincente quando si tenti dimostrare tale ipotesi colla comparsa attorno ai processi tubercolari nel polmone della cosidetta reazione perifocale.

Se la reazione perifocale (intesa col congegno biologico della reinfezione) fosse espressione di un'aumentata sensibilità dei tessuti ai veleni specifici si vedrebbe comparire raramente nei quadri della tubercolosi infantile (dopo il secondo anno di età) e tra i soggetti linfatico-essudativi, i quali tutti danno un modestissimo contributo alle cifre di mortalità per tubercolosi in raffronto alla età adulta. Lo stesso ragionamento noi possiamo ripetere riferendoci all'età pubere.

È più logico il ritenere che la reazione perifocale sia espressione della esaltata capacità reattiva e difensiva a veleni specifici, propria di taluni tessuti giovani e di quelle individualità nelle quali dominano funzionalmente attive le attrezzature mesenchimali e le disposizioni flogogene dei tessuti stessi.

Nell'età pubere mentre si stanno dileguando per fisiologica decadenza le citate attrezzature difensive, affiorano le sopite viziature endocrino-vegetative ed i primi danni della vita sociale.

Là dove il sistema timo-linfatico ritarda il suo normale degradamento fisiologico, il risveglio che la pubertà induce nello sviluppo della tisi rimane attardato e contenuto in modesti limiti. Così si spiega perchè anche in tale fase della vita compaiono frequentemente i quadri benigni della cosidetta infiammazione perifocale a lato ed in pieno contrasto con i rari quadri maligni e progressivi della caseosi.

La infiammazione perifocale domina fra gli aspetti pato-morfologici della tubercolosi nella età pubere a testimoniare quanto siano affinate tuttora in questa epoca di vita le attitudini alla lotta, le resistenze specifiche e le capacità alla guarigione.

La costituzione, specie nei primi decenni di vita, guida ed educa il congegno delle resistenze biologiche ed i quadri anatomici della tubercolosi ad esse subordinati. *ar.*

Aspetti radiologici della guarigione clinica della tubercolosi polmonare.

(A. Bottero. *Archivio di Medicina e Chirurgia delle Opere Antitubercolari del Comune di Milano*, aprile 1933).

Tutte le forme di tbc. polmonare ad eccezione di alcune acute e generalizzate ad evoluzione molto rapida possono guarire.

La guarigione avviene da un massimo del 50-60 % nelle forme iniziali, ad un minimo dell'1-2 % nelle forme gravi.

Jacquerod distingue quattro modalità di guarigione: per risoluzione; per fibrosi; delle caverne; per spostamento cardio mediastinico e restringimento del torace; per calcificazione.

Mentre il clinico può parlare di guarigione quando siano scomparsi tutti i segni clinici della pregressa infezione, ben difficile è per il radiologo formulare un sicuro giudizio di guarigione. È necessario seguire con esami radioscopici e sopratutto radiografici ripetuti il decorso ed evoluzione delle ombre: determinarne l'estensione della superficie di proiezione, l'aspetto e l'intensità. Le radiografie vanno eseguite sempre con la medesima tecnica: l'A. le ha fatte col malato in piedi, in inspirazione ed in posizione dorsoventrale con 95 KV, 60-70 MA, alla distanza di circa metri 1,20 e con un tempo di posa di 1/5-1/10 di minuto.

Guarigione per risoluzione: mentre generalmente si crede che un focolaio di tbc. polmonare passando a guarigione vada incontro inevitabilmente alla sclerosi, Jacquerod ha dimostrato con una bella serie di radiografie che si può invece constatare una progressiva diminuzione ed anche la definitiva sparizione delle ombre osservate quando la lesione era in piena attività. Rimane soltanto una lieve diminuzione di trasparenza ed arborizzazioni bronchiali rinforzate.

Possono guarire con queste modalità tutte le forme di tbc. a carattere essudativo: l'infiltrato sottoclaveare precoce di Assmann, l'in-

fiammazione perifocale di Tendeloo e le pneumoniti di Besançon e Braun.

Benchè siano numerose le osservazioni di forme tbc. guarite per risoluzione, l'A. è di opinione che questo modo di guarigione sia molto più frequente. Egli basa tale asserto sulla considerazione della enorme diffusione dell'infezione tbc., mentre solo una minima parte di individui vien controllata radiologicamente.

Guarigione per fibrosi: si tratta di lesioni di una certa gravità che interessano anche una notevole estensione di parenchima polmonare: in questi casi si ha in alcuni punti la guarigione per risoluzione, in altri la degenerazione caseosa con fusione dei focolai e formazione di cavità minime. L'esito è una cicatrice fibrosa definitiva a decorso lento e che apparisce sulla lastra come un'ombra più o meno regolare e di media intensità.

Poca importanza ha la sede delle ombre, bensì la loro opacità tenendo conto delle sovrapposizioni. Riguardo alla forma sono caratteristiche le ombre allungate, nastriformi e rotondeggianti con prolungamenti. La loro estensione varia moltissimo: può essere minima e giungere anche ad occupare un intero lobo.

Le coste e gli spazi intercostali modificano la loro posizione ed il mediastino è stirato facilmente da aderenze.

Guarigione delle caverne: per quanto la caverna sia una lesione grave, è noto però che numerosi casi, controllati radiologicamente e clinicamente sono guariti.

La scomparsa completa delle imagini cavitarie è piuttosto rara: generalmente si ha la cicatrizzazione per proliferazione di tessuto di granulazione che si trasforma in secondo tempo in tessuto fibroso. Si può avere anche l'accollamento delle pareti della cavità: appare allora sulla lastra una stria di larghezza variabile opaca ed isolata nel campo polmonare. Altre modalità di guarigione sono la sostituzione di un nodulo cretaceo alla sostanza caseosa e il ripulimento della caverna rigida. In quest'ultimo caso residua una imagine circolare nettissima, che spicca nel campo polmonare.

Guarigioni per spostamento cardiomediastinico: la radiografia mette bene in evidenza la deformazione dello scheletro e le partecipazioni del diaframma al processo morboso endotoracico. Il polmone è ridotto ad una striscia opaca ove sono visibili noduli da calcificazioni o antiche caverne asciutte. Qualche volta solo un lobo da un'ombra opaca ed il resto del polmone è chiaro. Il cuore spostato permette di vedere chiaro il disegno delle vertebre ed occupa buona parte dell'emitorace guarito. La trachea, tubo chiaro nell'opacità del polmone, segue il mediastino assumendo aspetto angolare o arrotondato.

Il seno costo diaframmatico non è visibile. Il polmone opposto, enfisematoso per compenso è molto trasparente: la sua ombra ilare viene a trovarsi sul rachide.

Guarigione per calcificazione: le calcificazioni appaiono sotto diverse forme e margini assai netti specialmente all'ilo o all'apice. Talora isolate, possono trovarsi aggruppate in piccoli ammassi: qualche volta tutto il campo polmonare è diffusamente disseminato di piccole ombre rotondeggianti di varia grandezza. Non di rado in individui considerati sani si osservano vaste calcificazioni sottoclaveari: solo ricercando accuratamente l'anamnesi si ritrova la storia di infezione tbc. superata molto tempo prima.

Guarigione con gli interventi operatori: pneumatorace, frenicoexeresi e toracoplastica: le imagini radiografiche di un polmone guarito con trattamento collassoterapico sono all'incirca identiche a quelle di un polmone guarito spontaneamente. Talora il campo polmonare è in parte velato da ombre dense dovute ad ispessimenti pleurici, o solcato da fini arborizzazioni e da lievi cicatrici stellate.

Nella guarigione per frenicoexeresi il diaframma appare innalzato, in una posizione più o meno alta del torace ed in quella con la toracoplastica si ha pressapoco lo stesso quadro descritto nella guarigione naturale per spostamento cardiomediastinico.

Talora il restringimento del torace è enorme se la plastica è completa e quando è intenso il potere retrattile del polmone. VICENTINI.

MISCELLANEA.

Diagnosi differenziale e terapia dei disturbi della deglutizione.

(M. BRÜNNER-ORNSTEIN. *Wiener klin. Wochens.* 24 marzo 1933).

I disturbi di deglutizione costituiscono spesso per il paziente una tormentosa sofferenza e, talora, per l'impedimento alla nutrizione, influiscono sullo stato generale e possono anche compromettere la vita. Si stabilisce poi, col tempo, un'angoscia sempre crescente per le difficoltà della deglutizione, che agisce sulla psiche, sicchè alcuni di tali individui diventano neurastenici e sono talora indotti al suicidio.

L'atto normale della deglutizione consiste in una fase volontaria ed in una involontaria. Il boccone viene spinto dalla lingua contro l'epiglottide chiusa e premuto contro la parete faringea. Esso arriva così nel campo della muscolatura liscia, dove ha termine la parte volontaria della deglutizione e si inizia quella involontaria, riflessa. Quest'ultima, in condizioni normali non arriva alla coscienza e mostra notevoli differenze costituzionali e condizionali.

Già nell'individuo sano, il suo decorso è mutevole a seconda della posizione del corpo,

della consistenza e grossezza del materiale ingerito e della frequenza degli atti di deglutizione. Normalmente, l'ampiezza delle onde peristaltiche aumenta con l'avvicinarsi al cardias.

Quattro sono i fattori che favoriscono il progredire degli ingesti nell'esofago: il meccanismo bucco-faringeo, la peristalsi, il tono dell'esofago ed il peso; l'atto della deglutizione può essere disturbato in ognuna di queste parti. La parte volontaria può soffrire disturbi di natura periferica o centrale: paresi faringee neuritiche (difterite), paralisi bulbare, lesioni dei nuclei di natura infiammatoria (encefalite) o degenerativa (siringobulbia) o vascolare (rammollimento, emorragia). Dal punto di vista terapeutico, è da tenersi presente che nelle forme difteriche, si ottengono buoni risultati mediante la faradizzazione delle cavità orale e nasale; nelle forme aterosclerotiche, è utile la jodiontoforesi. Si rammentano inoltre i disturbi della deglutizione che si hanno nella rabbia e nel tetano.

Fra le cause più frequenti di disturbi della deglutizione derivanti da malattie della cavità orale, sono da menzionarsi le stomatiti, le glossiti e specialmente le affezioni delle tonsille e della laringe, che ostacolano la formazione del boccone e l'atto volontario della deglutizione.

Svariate di natura e di prognosi sono le malattie dell'esofago che intralciano invece la seconda parte (involontaria) della deglutizione stessa. Esse sono: ferite, stenosi cicatriziali, tumori dell'esofago o tali che lo comprimono, disturbi nervosi (paralisi — atonia od ipotonia — spasmi) e diverticoli.

Trattandosi di un organo non accessibile all'ispezione, è necessario ricorrere, per la diagnosi, all'anamnesi, all'indagine radiologica ed al sondaggio. Quest'ultimo si fa con una sonda di media grossezza, semirigida che si introduce cautamente in modo da avvertire in quale punto si incontra la resistenza. Nella maggior parte dei casi, si può arrivare bene fino al cardias; si estrae allora lentamente la sonda e, se si tratta di stenosi spastica, si ha la sensazione di un rilasciamento semielastico dell'esofago; si spinge ancora la sonda e sotto lo stimolo di questa, specialmente nella inspirazione profonda, la contrazione muscolare si rilascia e la sonda stessa viene facilmente introdotta nello stomaco.

Del tutto diverse sono le sensazioni in caso di tumore; già la stessa resistenza che s'incontra è diversa: ruvida o pastosa, ma ad ogni modo non elastica. Inoltre, diventa impossibile procedere con la sonda di media grossezza; vi si arriva soltanto con quelle piccole, che dànno bene la sensazione di rigidità.

Non si deve mai forzare la sonda. Se non si riesce a farla passare alla prima seduta, si tenterà altre volte, eventualmente sotto il controllo dei raggi X, con una sonda a parti metalliche, oppure con la sonda diatermica. Sono assolutamente da riprovarsi i metodi che, come quello proposto da Starck, lacerano le fibre muscolari; sono stati pubblicati parecchi casi di morte dovuti a tale pratica.

Facili da riconoscersi anamnesticamente sono le stenosi cicatriziali e le ferite; alle volte, però, su queste si innesta una stenosi spastica e la diagnosi ne viene resa assai difficile.

Fra i *tumori*, sono anzitutto da menzionarsi quelli dell'esofago, di cui più frequente il carcinoma. Allo stato attuale esso è di prognosi assolutamente infausta; si può fare soltanto una terapia palliativa col radio od i raggi X, oppure con la gastrostomia. E, poichè tali tumori hanno un decorso abbastanza lungo (1-2 anni in media) tale terapia palliativa può entrare in considerazione. Del resto, sono citati nella letteratura dei casi di guarigione, sia con l'operazione radicale, sia con i raggi. Fra i tumori più rari è da menzionarsi il leiomioma.

La compressione dell'esofago può aversi anche per tumori dall'esterno, fra cui, gli strumi restrosternali ed i tumori mediastinici (noduli linfatici tubercolari o linfogranulomatosi).

I vari disturbi nervosi della deglutizione ed i diverticoli esofagei hanno come sintoma comune il fatto che il boccone rimane in un punto dell'esofago stesso od al cardias ed il paziente può soltanto con determinate manovre farlo proseguire fino nello stomaco.

La sensazione del boccone rimasto nell'esofago può essere assai penosa e dare senso di angoscia e dispnea. L'anamnesi fornisce qui dei criteri di diagnosi differenziale. Nei tumori, i cibi bene masticati e le pappe passano facilmente mentre invece quelli più solidi incontrano difficoltà; negli spasmi, la differenza non è altrettanto netta; talvolta i liquidi, specialmente se in piccola quantità, incontrano maggiori difficoltà che non i cibi solidi. Alcuni pazienti hanno l'abitudine di mandar giù il boccone rimasto nell'esofago con un quarto fino a mezzo litro di liquido. Se non vi riescono, lo devono espellere per la bocca; non si tratta però di vero vomito, in quanto che l'espulsione non è preceduta da nausea ed il cibo non è misto a secrezioni gastriche. All'inizio della malattia, però, i pazienti non arrivano a fare tale distinzione e ritengono trattarsi di vero vomito (che attribuiscono a catarro gastrico) oppure, in considerazione del senso di oppressione e della dispnea, si pensa ad accessi asmatici, o ad angina pectoris. Col progredire della malattia, scompare l'elemento doloroso e lo spasmo si fa continuo; l'eventuale ritorno dei dolori indica una buona prognosi, in quanto che lo stato spastico ha lasciato il posto ad una contrazione intermittente.

Come diagnosi differenziale fra il carcinoma e gli spasmi si ammette che nel primo la difficoltà di deglutizione si venga presentando lentamente e progressivamente, mentre nel

cardiospasmo si alternano momenti di facile deglutizione con altri in cui questa è difficile. Ma è un criterio fallace perchè, p. es., anche nel carcinoma l'infiammazione delle parti può provocare edema ed acutamente delle difficoltà di deglutizione.

Sta invece ad indicare il cardiospasmo il frequente svuotamento di grandi quantità di saliva dalla sacca esofagea, saliva che invece passa bene nella stenosi da tumore. Il livello della raccolta liquida può bene delimitarsi con la radiografia. La parte consistente della pappa di contrasto passa nello stomaco ma, subito dopo, il muscolo si contrae, sicchè il liquido mantiene il suo livello nell'esofago talora dilatato fino al volume di un braccio. In altri casi, la pappa di contrasto passa intermittentemente a forma di strisce nello stomaco.

Importanti sono anche i casi di diverticolo, poichè spingendo la sonda che eventualmente si sia introdotta in esso, si può fare una falsa strada. Per ovviarvi sono state usate le sonde col mercurio, con cui si pratica il sondaggio sotto controllo radioscopico, ma non sempre si arriva sicuramente alla diagnosi.

Anche nel carcinoma, si ha una dilatazione esofagea, talvolta però assai scarsa; anche in esso si ha, come nel caso dello spasmo, una esofagite; scompare il disegno della mucosa e non si riconosce più la peristalsi. Il tumore lascia degli spazi bianchi nella massa di contrasto sicchè la stenosi si vede irregolare e male delimitata; tale segno, però può aversi anche nel cardiospasmo per i residui di cibo che rimangono alla stenosi. Tutto ciò spiega la possibile confusione del cardiospasmo con il carcinoma esofageo. L'A. ha osservato quattro casi in cui anche la ripugnanza per il cibo e la notevole perdita di peso deponevano per il carcinoma, che era stato diagnosticato tale anche da radiologi provetti. In tre di essi, il trattamento adatto portò alla guarigione completa; la diagnosi venne fatta essenzialmente con la palpazione indiretta per mezzo della sonda, come si è accennato in principio.

In altri quattro casi, invece, inviati all'A. come affetti da cardiospasmo, le ricerche fatte, specialmente la palpazione indiretta, portarono a riconoscere il carcinoma.

L'A. ha anche avuto occasione di trattare vari casi di *ipotonia dell'esofago.* Al contrario di quanto si ritiene generalmente che l'atonia non provochi fenomeni importanti, in questi casi si avevano disturbi notevoli. L'anamnesi, sotto parecchi riguardi, somiglia a quella del cardiospasmo. I pazienti hanno la sensazione che il boccone si fermi e devono bergli dietro notevoli quantità di liquido; non si lamentano di dolori, ma di tormentosi bruciori. Si tratta sempre di individui neuropatici con stigmate vegetative. L'osservazione radiologica mostra diminuzione della peristalsi e notevole lentezza del trasporto della pappa; il cardias rimane beante, il che spiega i bruciori. Con il sondaggio, nonostante i notevoli disturbi della deglutizione, non si incontra nessun ostacolo. L'A. ha ottenuto buoni risultati con la faradizzazione mediante la sonda diatermica contenente scarsa quantità di liquido; il trattamento dovette essere continuato a lungo. In alcuni di questi casi, si aveva una dilatazione (idiopatica) dell'esofago. Del resto, questa può anche essere combinata col cardiospasmo.

Analoghi sintomi si possono avere nel diverticolo esofageo, in cui la diagnosi col cardiospasmo può essere fatta mediante i raggi X. In due casi dell'A., col cardiospasmo coesisteva un diverticolo di trazione. Ed è proprio nel cardiospasmo, come pure nei diverticoli che il paziente avverte spesso la sensazione di « globo » al collo, che viene il più delle volte interpretata di origine isterica. In una paziente dell'A., una ragazza di 20 anni, a lui inviata come sofferente di globo isterico, la radiografia dimostrò un cardiospasmo e l'esistenza di un diverticolo di trazione. Altro esempio che contribuisce alla demolizione delle neurosi organiche.

Notevole è, nella patogenesi dei disturbi nervosi della deglutizione, l'importanza del vago; essa fu dimostrata sperimentalmente da Pal e viene appoggiata da numerose osservazioni dell'A. che, nell'anamnesi di molti pazienti con tali disturbi nervosi trovò l'esistenza di piccoli o grandi interventi operatori o traumi nella regione del trigono laterale del collo, che possono avere lasciato dei fatti irritativi del vago; fatti minimi che durano per anni e che, dopo la dilatazione del cardias, portano a stenosi spastica.

In qualche caso, si potrà trattare di sola neurosi organica; non si deve però ritenere che essa possa guarire con la sola cura psichica, in quanto che l'esofagospasmo che dura a lungo finisce col provocare non soltanto una dilatazione dell'esofago, ma anche un'ipertrofia delle fibre muscolari stenosanti, riscontrabile all'esame radiologico ed anatomico. Del resto, nei casi dell'A., non si può dire che fossero molti i neurotici; i pazienti provenivano da ogni classe sociale, appartenevano ad ogni età e ad ogni professione e non vi era prevalenza dell'un sesso in confronto dell'altro. In tutti questi casi, vi erano anche disturbi della sensibilità, nel senso di iposensibilità agli stimoli termici in casi di cardiospasmo e di atonia.

I 105 casi dell'A. comprendono 10 casi di carcinoma, 7 di ipotonia, 5 di diverticoli e 83 di esofagospasmo. Di questi ultimi, ne guarirono completamente 50 (60 %), di cui 9 ebbero una lieve ricaduta dopo dei traumi psichici; una sola seduta bastò per liberarli dai disturbi. Degli altri 33, si ebbero importanti miglioramenti in 21 che, dopo la cura, poterono nutrirsi liberamente senza più avere

vomiti e soltanto dovevano accompagnare talora i bocconi con del liquido. In nessuno, la cura fu del tutto inutile, ma produsse pur sempre qualche miglioramento.

Dal punto di vista pronostico, sono peggiori quei casi in cui si ha la dilatazione primaria senza spasmo; in essi, agisce favorevolmente la endofaradizzazione; con la stessa terapia, si ottengono migliori risultati nella atonia senza dilatazione. Ottimi sono i risultati della sonda diatermica nell'esofago- e cardiospasmo, anche nei casi gravissimi in cui la vita sembra minacciata. Talvolta in pazienti molto deperiti con stenosi spastica, basta una sola seduta per fare scomparire ogni disturbo.

fil.

La raucedine ed il suo trattamento.

(A. BRÜGGEMANN. *Mediz. Klinik*, 11 agosto 1933).

La raucedine è un sintoma che si presenta spesso nella pratica del medico. Si tratta di un disturbo della voce, una disfonia che da molti medici viene considerata come il segno più saliente di una malattia organica della laringe. Questo modo di vedere è giusto in molti casi, ma non deve essere generalizzato; anche il viceversa, cioè che la laringe sia sempre sana quando non vi è raucedine, non è affatto giusto. Molti errori diagnostici si basano su queste due opinioni.

Vi è un'intera serie di disturbi della voce, senza malattie organiche della laringe, mentre d'altra parte vi sono gravi malattie della laringe senza disturbi della voce. Per quanto riguarda quest'ultimo caso, si deve tener presente che è un errore che può portare gravi conseguenze il non esaminare la laringe di un paziente con tubercolosi polmonare, perchè ha ancora la voce chiara; proprio nella tubercolosi, troviamo non raramente estese distruzioni della laringe senza che il paziente sia rauco. Tali reperti sono tipici nel lupus della laringe in cui la lesione primaria è all'ingresso laringeo (epiglottide, pieghe ariepiglottiche, cartilagine aritenoidea) mentre le corde vocali non sono affette o soltanto più tardi. Ma anche nei pazienti con tubercolosi polmonare, in cui l'infezione si localizza all'ingresso laringeo (e sono i casi pronosticamente più gravi) sono senza raucedine fino agli ultimi stadî. Anche le malattie delle corde vocali non sono necessariamente accompagnate sempre da disturbi vocali udibili. Un leggero arrossamento di una o di entrambe, una piccola ulcera lenticolare non influiscono, o quasi, sulla voce. Da ciò, quindi, la necessità di esaminare sempre la laringe nei tubercolosi polmonari.

Analoghi reperti laringei senza disturbi della voce troviamo anche nella lues. Tali lesioni, però, sono ben lungi dall'avere l'importanza che hanno quelle della tubercolosi. Anche nella paralisi completa di una corda vocale, come per es., nella paralisi del ricorrente possono mancare disturbi udibili della voce. Il disturbo della voce nella paralisi del ricorrente dipende dalla chiusura della glottide durante la fonazione, chiusura che specialmente nelle forme antiche può essere abbastanza buona; hanno importanza per mantenere una buona fonazione la posizione della corda paralizzata, la sovrapposizione di quella sana sulla linea mediana e l'ampiezza dell'interno della laringe.

Di particolare importanza per il pratico sono *i disturbi della voce senza malattia organica della laringe*, che sono relativamente frequenti e spesso misconosciuti. In parecchi casi, è preesistita una malattia della laringe, p. es., un catarro durato a lungo, ormai guarito, da cui residua la raucedine. Tali disturbi della voce non sono rari nell'infanzia; su di essi, ha richiamato l'attenzione Gutzmann, dimostrando che tali raucedini infantili vanno considerate come paralisi abitudinali di singoli muscoli della laringe. Egli riporta l'esempio di un bambino di 4 anni a cui era rimasta, dopo un catarro laringeo, una voce bassa e rauca, dovuta a paralisi abitudinale dei muscoli interni. Con pochi esercizi vocali, si potè liberare il bambino dalla raucedine.

Tali false abitudini vocali possono aversi anche nell'adulto e durare per tutta la vita. Esse sono simili alle paralisi isteriche, da cui però possono bene differenziarsi. Le prime si sviluppano nell'infanzia, si stabiliscono gradatamente, sicchè si rendono manifeste dopo un certo tempo e rimangono poi invariate; la raucedine è sempre dello stesso tono e si osservano atrofie da inattività e spesso lo stridore inspiratorio. Le forme isteriche, che sono molto rare nell'infanzia, si manifestano improvvisamente e subiscono frequenti mutamenti, senza dare mai atrofie.

Nell'adolescenza, nei maschi più che nelle femmine, si osservano cambiamenti della voce all'epoca della pubertà. Con una laringe perfettamente normale, si ha anche abbastanza a lungo, voce velata, raucedine od addirittura afonia. Le corde vocali sono un po' arrossate ed anche la mucosa è leggermente infiammata, sicchè è facile lo scambio con un catarro laringeo. È importante tener presente tale possibilità, perchè in tali casi il trattamento, magari con spennellature della laringe potrebbe essere dannoso. Si vedrà di risparmiare la voce, proibendo il canto e, se la condizione dura a lungo, si faranno adatti esercizi.

Alle volte però accade che tali disturbi della voce, invece di durare come di consueto 3-12 mesi, durano per tutta la vita. In tali individui, si è fatta una muta incompleta; essi hanno una voce troppo alta per la loro laringe e vanno soggetti a facile raucedine. La loro voce spesso fallisce, in quanto che manca od è debole la voce di petto. Ad ogni sforzo della vo-

ce, ad ogni raffreddamento, si ha la raucedine, che può raggiungere l'afonia; a causa dello sforzo a cui sono sottoposti i muscoli laringei, si hanno forti dolori. Il trattamento di questa forma è sempre ingrato e porta via molto tempo. Le spennellature locali non soltanto non hanno scopo, ma sono anche dannose. Unico rimedio sono gli esercizi vocali di impostatura della voce.

Anche alcuni difetti della tecnica vocale, come il parlare in un tono troppo alto, o con un'intonazione troppo dura, può provocare raucedine. Vi vanno soggetti predicatori, insegnanti, oratori. Anche l'emettere la voce schiacciata o sforzata come fa spesso la gente a voce debole provoca sforzi della laringe. In tali casi, per la pressione delle false sulle vere corde vocali, la massa vibrante di queste ultime viene rimpicciolita, il ventricolo di Morgagni viene compresso, sicchè si ostacola la risonanza e cambia il carattere della voce, che si fa disfonica, rauca e sforzata. Si faranno, in questi casi, esercizi vocali adatti e continuati.

Tutti questi disturbi della voce derivanti da cattive abitudini portano a *disturbi funzionali.* Questi ultimi sono molto diffusi e spesso a tendenza ereditaria; hanno quasi sempre una base neurologica e sono pertanto da trattarsi in tal senso. Il disturbo più importante è la *fonastenia*, una debolezza funzionale della voce. Il parlare forte, come si fa per doveri professionali, od il cantare non si fanno con la misura abituale, sicchè vi è uno sciupìo di forza, manca la consueta purezza del tono e si hanno vari disturbi subbiettivi, a cui non corrisponde nessun sintoma obbiettivo all'esame laringoscopico. In tali casi, la raucedine richiama meno l'attenzione che non la debolezza di voce e l'afonia. Il trattamento è essenzialmente psichico e va accompagnato da adatti esercizi vocali.

Un gruppo importante di *disturbi della voce senza malattia locale della laringe* è dato da paralisi nervosa delle corde vocali (ricorrente). La paralisi del ricorrente è di grande importanza per il medico pratico, poichè essa non si verifica come malattia a sè, ma come manifestazione parziale di altre malattie od in seguito a trauma. Poichè il ricorrente decorre, col vago, nel torace a sinistra dell'arco aortico ed a destra attorno all'arteria succlavia, può venire colpito nel lungo decorso da varie condizioni morbose. Non raramente delle malattie importanti degli organi del collo od anche toracici si palesano anzitutto con una paralisi del ricorrente. Sono fra queste, le affezioni delle ghiandole linfatiche, il carcinoma della tiroide, dell'esofago, le cotenne pleuriche, i tumori mediastinici, l'aneurisma aortico, vizi cardiaci, ecc. Sono altresì da menzionarsi le paralisi del ricorrente da intossicazioni croniche (piombo, arsenico, alcool) o da tossine (influenza, difterite, tifo, lues) in cui il disturbo della voce può costituire il primo sintoma di una grave malattia (p. es., tabe).

Al gruppo dovuto a *malattie organiche della laringe* appartiene il maggior numero dei disturbi della voce. Per il loro trattamento, è della massima importanza una diagnosi accurata, che dipende soprattutto dal reperto laringoscopico. La raucedine da polipi laringei viene guarita con un piccolo intervento. In altri casi, sono necessari speciali e difficili trattamenti, come nei papillomi laringei, nelle pachidermie, ecc.

La malattia più importante per il pratico è la laringite acuta che va trattata soprattutto con misure palliative: diaforesi, risparmiare la voce, impacchi al collo, inalazioni. Nel caso di tendenza ai catarri laringei, ricercarne la causa: fumo, polveri, gas caustici, impedimento alla respirazione nasale, malattie dei seni, ricorrendo, nei casi dubbi, allo specialista.

Il medico pratico, che non abbia abitudine all'esame laringoscopico, deve mandare allo specialista il paziente in cui la raucedine dura da oltre 14 giorni. Soltanto in tal modo, si potranno scoprire in tempo utile malattie come la tubercolosi, il carcinoma, la lues. Anche la laringite subacuta e cronica va trattata soltanto dietro le indicazioni dello specialista.

fil.

DIVAGAZIONI

La chirurgia addominale primitiva.

(F. JAYLE. *Presse Médicale*, n. 17, 1933).

M. Henry de Monfreid, che non è un medico, in un suo libro di viaggi, intitolato « I segreti del Mar Rosso » (Editore Grasset, Parigi 1932), racconta che nel 1914, mentre si trovava sulle coste della Somalia, fu testimone di una laparotomia praticata da un indigeno con una tecnica tutta primitiva nella quale si possono ritrovare le origini delle agrafes di nichel e della sutura incavigliata della parete.

Il racconto ha tale sapore di originale curiosità che vale la pena riferirlo:

In una casa oscura, piena di fumo di legno aromatico, su di una specie di letto (angareb) molto primitivo, giace un ferito, che presenta uno squarcio in corrispondenza della regione epigastrica. Davanti la porta di casa c'è uno stregone che sorveglia la cottura di una misteriosa mistura contenuta in una larga pentola. È un uomo molto giovane, ha dorso nudo, ma adorno di collane, di amuleti e di ninnoli che tintinnano ad ogni suo movimento. Molto curato nella sua pettinatura, biondo, con una falda di cuoio che gli circonda la fronte e che gli conferisce una *silhouette* armoniosa bene inquadrata nella figura fine ed allungata.

I parenti del ferito sono accorsi ed attendono ansiosi il chirurgo che ad un certo mo-

mento appare. È un somalo di grossa taglia che sembra arrivare da sito molto lontano e che porta con sè una bottiglia contenente delle grosse formiche brune che fanno vani tentativi per arrampicarsi lungo le pareti del vetro. Sono delle termiti della varietà guerriera, con testa cornea, grosse come un grano di frumento, armate di mandibole che si aprono minaccianti come pinze, non appena si presenta loro un ostacolo. Due uomini sollevano il ferito sempre disteso e lo pongono in mezzo alla stanza, mentre gli legano le braccia e le gambe contro i montanti del suo letto. Lo stregone tuffa le dita nel liquido che gorgoglia per verificarne la temperatura; non si tratta che di burro fuso, mantenuto assai caldo al punto che la mano non può rimanerci dentro per molto tempo. Una donna brucia l'incenso sotto il letto del paziente circondandolo di fumo allo scopo di allontanare gli spiriti maligni che potrebbero entrare nel corpo del ferito. Con un fascio di foglie di palme essa scaccia le mosche in modo abbastanza grazioso, mentre la pelle setacea delle sue spalle nude luccica al sole con riflessi di bronzo.

Lo stregone scopre la piaga pronunziando le prime parole della « Fatha ». Il paziente chiude gli occhi e sembra che tutto il suo corpo si abbandoni privo di sensi. L'operatore con un gesto semplice sguaina una lama larga come una mano, lunga 30 centimetri e leggermente ricurva; ne verifica col pollice il taglio e l'affila poi sulla coscia nuda; dopo tuffa le mani e il coltello nel burro fuso, e con un cucchiaio di legno asperge la piaga col grasso bollente. Il paziente emette un grugnito breve mentre il suo corpo si irrigidisce; egli conosce bene la tortura che sta per cominciare.

Con una punta dell'enorme coltello e con una destrezza impeccabile viene aperto il ventre per una lunghezza di 15 centimetri; l'emostasi viene effettuata con una aspersione di burro caldo. Messo poi il coltello in bocca, il chirurgo tuffa la mano lucente di grasso in questa piaga sanguinante come un macellaio che si accinga a portar via l'intestino dal suo montone; poi colla massima calma fa un segno ad uno dei suoi aiuti che ritira con una pagliuzza le termiti dalla bottiglia e gliele presenta ad una ad una.

L'insetto apre minaccioso le sue mandibole arcuate e a queste pinze naturali vengono offerti i bordi della ferita dello stomaco squarciato e tirato su a livello della cute da un secondo assistente.

Mentre la formica morde, lo stregone le spezza il tronco e così la testa dell'insetto, colle mandibole rinserrate, fa da primo punto. Ne seguono colla stessa tecnica circa venti, chè tanti ne occorrono per suturare la ferita del viscere leso.

Durante queste operazioni la faccia del paziente ha preso una tinta grigiastra e gronda di sudore. Le estremità delle sue membra fremono convulsamente; il respiro si effettua a sbalzi bruschi, ma non un solo gemito e sembra che l'infelice sia in uno stato d'ipnosi.

Lo stregone richiude ora la piaga esterna con spine di mimosa passate nell'epidermide mentre il paziente apre gli occhi e sospira « Grazie siano rese a Dio ». Lo si scioglie, lo si ricopre di una stoffa e lo si riporta in casa dov'egli attenderà che Dio faccia il resto. Le teste delle formiche che sono servite alla sutura interna si riassorbiranno come avviene per un punto qualunque di catgut.

Da viaggiatore curioso e da osservatore sagace M. Henry de Monfreid si è reso conto anche dei risultati ordinariamente conseguiti dai chirurghi indigeni, poichè afferma che i casi di morte non sorpassano il 30 % in media. Egli aggiunge anche che il procedimento di suturare colle teste di formiche è stato egualmente osservato nell'Est africano tedesco.

Viene descritto anche qualche particolare di tecnica operatoria osservata per l'ablazione di tumori addominali. La particolarità più interessante consiste nelle precauzioni prese per non raffreddare, in questi casi, l'intestino che è ricevuto, mentre è parzialmente fuori dell'addome, sul peritoneo di una vacca che si sacrifica lì per lì. La pellicola ancora calda è distesa su di un piatto pieno di burro tiepido, mentre l'operatore che deve toccare l'intestino copre le sue stesse mani col peritoneo di una capra.

Sembra che queste pratiche trasmesse dagli Ibri per tradizione siano l'espressione di una antica civiltà, ora dispersa e dimenticata.

L'idea di utilizzare nelle ferite e nelle operazioni addominali il peritoneo di un animale vivo deve riconoscere senza dubbio un'origine antichissima perchè si tratta di una pratica molto naturale. Nella biblioteca Casanatense di Roma esiste un manoscritto di chirurgia del maestro Rolando di Parma con delle miniature del secolo XIII, in una delle quali è riprodotto il trattamento di una ferita addominale con fuoruscita di anse intestinali. La didascalia dice: *Si per aliquota intervalla infrigida fuerint, aliquod animal vivum per media scindatur; super intestina ponatur; tamdiu dimittatur ibi quousque intestina calefiant et calore naturali invadatur, atque emollescant.*

Con ciò si raccomanda dunque nelle ferite addominali con fuoruscita di viscere di applicare su questi ultimi l'interiora di un animale vivente per ottenere un riscaldamento ed indi una ripresa della tonicità delle anse. Le nostre compresse bagnate nel siero fisiologico caldo tendono al medesimo scopo ma sono forse inferiori in efficacia al peritoneo di un animale vivente che è certamente meno traumatizzante.

SANNICANDRO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

GUY LAROCHE. *Examens de laboratoire du médecin praticien.* III[a] edizione. Vol. in-16° di 492 pag., con 151 fig. Masson e C., Paris, 1933. Prezzo Fr. 50.

Questo libro, che ha raggiunto in 12 anni la terza edizione si propone gli scopi seguenti: 1) far sì che il medico richieda gli esami di laboratorio nelle condizioni volute; 2) interpetrare clinicamente i risultati forniti dal laboratorio; 3) dare al medico istruzioni tali che chi possiede un piccolo laboratorio possa compiervi le ricerche più importanti per la clinica.

Questa nuova edizione mette al corrente anche delle tecniche nuove e della relativa interpetrazione dei risultati. Da qualche anno, di fatto, si sono fatti in proposito notevoli progressi e sono entrate in pratica delle nuove tecniche, quali: le varie reazioni colloidali per la diagnosi della sifilide, la reazione del benzoino colloidale per lo studio dei liquidi cefalo-rachidiani patologici, la gono-reazione, le prove del metabolismo basale, l'intubazione duodenale, ecc. che sono qui largamente e chiaramente descritte. Ampiamente trattati sono il sangue e gli organi emopoietici. *fil.*

M. PAVONE. *Appunti di Semeiotica urologica.* Arti grafiche Pezzino, Palermo, 1933. L. 20.

Libro breve e succinto, ma denso di scienza e di esperienza, al quale ben conviene il titolo di « Appunti » e la destinazione agli studenti che hanno seguito le lezioni cliniche dell'A. quale sintesi a ripetizione dell'insegnamento impartito.

Libro insufficiente e troppo arido quindi per chi fosse ai primi passi dell'urologia; ma che induce a pensare, a ricordare e a meditare chi nella specialità è già iniziato ed ama scorrere rapidamente quanto di più positivo e di più moderno è stato fatto nel campo diagnostico urologico.

Notevoli soprattutto i capitoli sulla radiografia e sulla funzionalità renale, che, senza scendere a dettagli di tecnica, espongono in breve ma completamente tutto quello che tali metodi di ricerca possono dare.

Illustrazioni molto belle e dimostrative, specie per la parte radiologica, completano il bel libro, la cui veste tipografica chiara e simpatica, ne rende agevole e piacevole la lettura, e che è una nuova prova del già ben noto valore e dell'amore per l'insegnamento dell'A.

R. SABATUCCI.

E. BENHAMOU. *L'exploration fonctionnelle de la rate.* Vol. in-8° di pagg. 292. Masson e C., Paris 1933. Fr. 50.

Gli imponenti lavori dei fisiologi e dei clinici contemporanei hanno dato un nuovo impulso all'esplorazione funzionale della milza. Essi hanno permesso di esplorare nell'uomo le funzioni di quest'organo ed hanno apportato utili insegnamenti per la diagnosi dei tumori dell'ipocondrio sinistro, delle splenomegalie, delle anemie spleniche, degli itteri emolitici, delle porpore e delle differenti affezioni che si accompagnano ad una grossa milza.

In questo volume l'A. fa una messa a punto della questione assai complessa dell'esplorazione funzionale della milza, basata sia su ricerche personali, sia su lavori di altri autori francesi e stranieri. Egli ha in effetto riprodotto nell'uomo la maggior parte delle esperienze realizzate sull'animale ed ha potuto così constatare che alcune funzioni della milza normale, e più particolarmente la funzione di serbatoio, possono essere facilmente apprezzate grazie alle tecniche combinate dell'ematologia e della radiologia.

In questo libro pertanto sono descritti i metodi e le tecniche assai semplici, cliniche, ematologiche e radiologiche che permettono di realizzare praticamente l'esplorazione funzionale della milza e indirizzare alla diagnosi delle grandi sindromi spleniche.

Oltre ad essere un manuale di clinica che offre una vista d'insieme della patologia splenica, esso è anche però un libro di terapia, poichè non tralascia di esporre le indicazioni sia mediche che chirurgiche della milza e delle sindromi spleniche. A. POZZI.

Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiène. Vol II, n. 2. Genève, giugno 1933.

Questo fascicolo della bella pubblicazione fatta a cura della Sezione d'igiene della Società delle Nazioni contiene lavori di notevole interesse. Anzitutto un capitolo sulla terapia della malaria che ora, con l'introduzione dei nuovi preparati sintetici, ha preso un nuovo slancio.

Un secondo studio di medicina sociale considera i metodi più adatti per la tutela della salute pubblica in tempo di crisi, argomento di palpitante attualità. Da ultimo, una rivista di M. D. Mackenzie sul meccanismo amministrativo che assicura un'adeguata alimentazione delle classi povere in Gran Brettagna.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Medicina.

Seduta del 22 luglio 1933-XI.

Sguardo d'assieme sui mutamenti morfologici, volumetrici e metabolici della crasi sanguigna nella tubercolosi polmonare.

R. SCOTTI DOUGLAS e P. G. SILVANO. — Gli OO. hanno riunito in quest'ultima pubblicazione tutti i risultati ottenuti nello studio di una cinquantina di casi di ammalati di tubercolosi polmonare (forme gravi per lo più bilaterali e vivacemente evolutive). Si è avuta così una definizione comprensiva dell'anemia tubercolare in questa specie di ammalati. Il reperto più interessante è stato quello di un'anemia a tipo macrocitario a tendenza ipercromica.

È risultato inoltre che nel determinismo dell'anemia tubercolare accanto al fattore emolitico ne esiste uno iporigenerativo.

Il pneumotorace provoca un rapido miglioramento dello stato anemico riferibile ad una netta diminuzione dei fatti emolitici.

Discussione: CARPI, PAOLAZZI, FOÀ.

Profilassi e cura dell' embolo cerebrale.

A. PERIN. — L'O. dopo aver ricordato sinteticamente le esperienze di Forlanini, espone qualche caso caduto sotto la sua osservazione e, discutendo della patogenesi del grave incidente, ne indica l'efficace trattamento d'urgenza.

Albuminuria, ematuria, cilindruria nell' uomo normale.

O. CANTONI e R. FOSSATI. — Nelle urine di undici persone normali giovani, esaminate col metodo di Addis, si è potuta dimostrare costantemente la presenza di elementi figurati e di proteine, in quantità paragonabili a quelle trovate dall'A. del metodo.

Il Segretario: Dott. R. SCOTTI DOUGLAS.

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 28 giugno 1933.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Ancora qualche parola sulla cura chirurgica dell' ulcera alta della piccola curva e dell' ulcera duodenale.

Prof. D. TADDEI. — L'O. illustra un processo di resezione gastrica (ampia quasi verticale) nelle ulcere alte della piccola curva: sezione del duodeno, liberazione della piccola curva fin sopra l'ulcera, liberazione della grande curva, limitatamente alla regione antrale. Incisione verticale dello stomaco: gastroenterostomia posteriore transmesocolica declive, parallela e a 2 cm. dalla linea di sezione gastrica con ansa digiunale corta. Ne illustra i vantaggi anche con documentazione radiografica, in confronto della resezione a doccia.

L'O. richiama poi l'attenzione dei chirurghi sulla resezione duodeno-pilorica anteriore (operazione di Judd-Balfoor). Ne precisa la tecnica, le indicazioni ed i vantaggi in confronto della gastroenterostomia

Sulla vaccinoterapia della febbre tifoide.

Dott. U. SIMONELLI. — L'O. illustra, sulla scorta di una estesa casistica, i risultati da lui ottenuti dalla vaccinoterapia della febbre tifoide. Tale terapia ha aumentato notevolmente la percentuale dei successi favorevoli, specialmente se iniziata nel primo o nel secondo settenario; anche, però, se iniziata più tardivamente, è stata quasi sempre in grado di produrre degli effetti veramente incoraggianti. Non è da temere, nel corso di questa cura, nè per il cuore, nè per il rene. In dodici pazienti, essa ha prodotto quasi costantemente un miglioramento della crasi sanguigna, manifestantesi, sopratutto, nella diminuzione del tempo di emorragia e di quello di coagulazione, nell'aumento del numero dei leucociti e delle piastrine.

Ricerca della bacillemia tubercolare col metodo di Löwenstein nelle varie forme di reumatismo.

Dott. R. ARRIGONI e dott. F. TRONCHETTI. — Gli OO. in seguito a ricerche eseguite sulla bacillemia tubercolare col metodo di Löwenstein in varie forme di reumatismo articolare delle quali tre a decorso acuto, 28 a decorso cronico, riferiscono di avere avuto risultati costantemente negativi e ritengono che l'importanza delle indagini fatte in tale campo debba essere contenuta in limiti più ristretti, essi non autorizzandoci a formulare criteri eziopatogenetici, in tal modo indirizzati, per le varie forme di reumatismo.

Dott. F. TRONCHETTI. — *Su di un metodo microfotometrico per la determinazione del cloro nel sangue.*

Sulla cosidetta reviviscenza della mammella maschile in rapporto a lesioni epatiche ed endocrine.

Dott. C. CIONI. — L'O. studia in 50 casi raccolti all'autopsia le lesioni delle ghiandole endocrine e della ghiandola mammaria nell'uomo in rapporto alle alterazioni del fegato e conclude, sulla base dell'esame istologico che la cosidetta reviviscenza mammaria negli epatopazienti è una fibromatosi per la cui produzione spetta la maggiore importanza alla iperemia da stasi legata alla presenza del circolo venoso collaterale toraco-addominale.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Osservazioni cliniche sull'atrofia gialla acuta del fegato.

Descritta da Rokitanski nel 1842, fu considerata come mortale finchè Marchand nel 1895 pubblicò un caso di ipertrofia del fegato a focolai multipli consecutivo ad atrofia gialla acuta del fegato. Oggi si sa che essa non ha sempre un esito fatale. Si conoscono dei casi nei quali in seguito a diagnosi erronee essendosi fatto intervento sul fegato si constatò direttamente l'esistenza di atrofia gialla acuta, e che poi vennero a guarigione (Umber, Bergstrand, ecc.).

L'*etiologia* della atrofia gialla acuta non è allo stato attuale nota. Lauday e Hejmann (*Arch. des mal. de l'app. digestif.*, n. 8, giugno 1933), dopo avere descritto minutamente otto osservazioni personali dicono: non si sa neppure con certezza se essa sia un'entità clinica proprio a sè, o se non rappresenti che lo stadio terminale di varie gravi lesioni epatiche. Senza dubbio lo stato di precedente resistenza del parenchima epatico ha molta importanza. Tra gli agenti patogeni si mettono la sifilide, l'arsenobenzolo, la gravidanza, ma non si sa come agiscano, nè se siano veramente essi gli essenziali. Non solo non si conosce l'agente patogeno, ma si ignora anche in che consista il processo morboso. Si pensa ad una autolisi del fegato. I punti oscuri sono ancora infiniti.

Basandosi sulle proprie osservazioni gli AA. dicono di non potere confermare che l'atrofia gialla sia più frequente nel *sesso* femminile. Circa l'*età* essi hanno avuto malati tra i 21 e i 70 anni. In un caso l'atrofia sopravvenne dopo assorbimento di un prodotto mercuriale, negli altri casi non si trovò alcuna *causa*. In tre casi si trovarono all'autopsia lesioni croniche del tubo digestivo. Una volta complicò una colelitiasi. L'*inizio* in molti casi sfuggì; il periodo preitterico durò in alcuni casi sei mesi, in altri sette giorni. In cinque casi precedettero *dolori* addominali, in un caso si ebbero sei mesi prima. In due casi vi furono disturbi del *respiro*, irregolarità, periodi di apnea. Il *polso* era spesso, ma non sempre, accellerato. Il *sangue* dette iperbilirubinemia; resistenza globulare aumentata, sedimentazione delle emazie ritardata, formula ematologica normale per i globuli rossi, per i globuli bianchi si notò neutrofilia con un certo spostamento della formula a sinistra. Nelle *urine* si trovarono pigmenti e sali biliari, in un solo caso, tirosina. Vi fu ora iper- ora ipo-*glicemia*. Si constatò un aumento dell'*azoto* non proteico e residuo del sangue, aumento dell'acido urico, abbassamento del coefficente azotemico. Il tasso dell'*urea* era per lo più normale, in un solo caso diminuì. Poco evidenti i disturbi dell'*equilibrio acido-base*; in due casi si ebbe ipocloremia globulare e plasmatica, in altri condizioni normali. In tutti e otto i casi vi fu *oliguria*, in due si ebbe versamento nelle sierose, in uno edemi; in due casi all'autopsia si constatarono fatti di edema polmonare.

L. TONELLI.

Le forme acute febbrili e le forme dolorose del cancro del fegato.

Monneret nel 1855 descrisse per primo una febbre propria del cancro del fegato, ma furono Hanot e Gilbert che nel 1888 definirono la forma acuta febbrile del cancro epatico.

Questa forma oggidì perfettamente conosciuta e descritta in modo completo si osserva tuttavia con una certa rarità, tanto che Laporte, Tapie e Morel (*Rev. des mal. du foie et du pancreas*, n. 2, aprile 1933) credono opportuno di illustrarne un chiaro esempio che permette delle interessanti osservazioni.

La febbre è dovuta talora ad infezioni secondarie; ma altre volte è data direttamente dal neoplasma. Assume spesso un *decorso* pseudo-malarico (Monneret); ora dopo un inizio brusco, si stabilizza a un livello piuttosto alto sui 39°-40°; altre volte assume un tipo ondulante. La sua comparsa è sempre indizio di gravità.

Il suo *meccanismo* è tutt'altro che delucidato. Sappiamo tuttavia che vi sono cancri che non si accompagnano mai a febbre (scirri e tumori ad evoluzione lenta); mentre i tumori molli, più maligni, sono per lo più febbrili. Essi sono infatti più ricchi di succhi, si necrosano più facilmente, onde formazione di sostanze tossiche o riassorbimento facile di proteine. Queste potrebbero agire sugli apparati termo-regolatori. La natura di tali sostanze è però ignota.

Ma l'interesse maggiore delle forme acute febbrili di cancro epatico sta nella difficoltà della *diagnosi*.

Il prevalere talora dei fatti generali fa pensare a una *malattia infettiva*. Se si constata l'ipertrofia del fegato vengono in campo tutte le epatomegalie rapidamente progressive.

In soggetti t.b.c. si può pensare a *cirrosi ipertrofica tubercolare;* ma il fegato, pure essendo grosso è sodo, liscio, doloroso, non è nè duro nè irregolare. La milza è leggermente ingrandita.

Anche la *sifilide epatica* può mentire la forma in esame, ma ci guiderà la grossa milza, l'ascite abbondante (?) e sopratutto la coesistenza di altre lesioni luetiche e la R. Wassermann; infine il criterio *ex juvantibus*.

Anche una *cisti idatidea suppurata* può creare un quadro simile, ma vi sarà eosinofilia, Weinberg, intradermoreazione (a dire il vero nel caso di suppurazione delle cisti questi criteri sono per lo più assenti. *N. d. R.*).

Si può pensare talora a una *colecistite suppurata*: ma sebbene si abbia un tipo di febbre bilio settica, vi è un ittero più frequente, una difesa muscolare squisita, ed una tumefazione sottoepatica frequente.

La diagnosi differenziale più dura è quella tra *ascesso del fegato* e *cancro acuto febbrile* dello stesso viscere. Un carattere importante sarebbe che nell'ascesso l'ipertrofia epatica è uniforme ma non regolarmente progressiva: il volume del fegato può diminuire, poi di nuovo crescere. Il fegato è meno duro che nel cancro, è renitente; più tardi può divenire fluttuante, e dare edema della parete. Radiologicamente si ha spesso sollevamento marcato della cupola diaframmatica e reazione pleurica. Vi è iperleucocitosi con polinucleosi e reazione jodofila dei leucociti. L'anamnesi dà spesso una dissenteria antecedente. Si possono fare ricerche sulle feci, e prove terapeutiche con l'emetina.

Nel cancro vi è una ipertrofia più regolare e rapidamente progressiva, senza ittero (?), senza ascite, senza circolo collaterale, senza aumento della milza. Non vi sono notevoli modificazioni ematiche, sebbene ciò non sia costante, in molti casi di neoplasmi essendosi riscontrata polinucleosi.

La diagnosi permane difficile; eventualmente si ricorrerà alla puntura, alla laparotomia esplorativa che si può fare con anestesia locale.

Spesso le forme acute febbrili sono anche dolorose, ma oltre a queste esistono anche delle vere e proprie *forme dolorose* del cancro epatico. Di queste si occupano riportando numerose osservazioni Parturier e A. Bernard (*Rev. des malad. du foie et du pancreas*, n. 2, aprile 1933).

Per spiegare queste forme dolorose Hanot invocava una nevralgia frenica da irritazione del n. frenico per inglobamento delle sue ramificazioni terminali. Gli AA. sopra citati cercano di interpretare con esemplificazioni il meccanismo patogenetico del dolore. Essi riducono le possibilità a tre casi: 1) casi in cui il dolore epatico sembra dovuto a una embolia cancerigna; 2) casi in cui il dolore pare dovuto alla reazione peritoneale per metastasi epatiche assai superficiali; 3) casi in cui il dolore sembra potersi attribuire a *poussées* congestive durante lo svolgersi delle funzioni digerenti.

Quantunque siffatte possibilità non mi sembrino a sufficenza provate dagli esempi riportati, pur tuttavia questi lavori hanno il gran merito di richiamare l'attenzione su tali interessantissime forme cliniche del cancro del fegato, che per evitare errori non vanno mai dimenticate. L. TONELLI

Contributo allo studio dell'ittero emotivo.

Schachter e D. Nedler (*Paris médical*, 12 agosto 1933), dopo aver brevemente ricordato vari casi di ittero emotivo pubblicati da autori diversi (e fra questi è ampiamente citato un lavoro recente del Marchiafava), riferiscono su 4 casi di ittero emotivo (3 donne e un uomo).

L'ittero emotivo si ha più nelle donne che negli uomini, in età che varia da 20 a 45 anni, e si può avere tanto per emozioni penose che piacevoli. Compare nelle prime ore che seguono l'emozione o il giorno seguente.

I casi degli AA. riguardavano individui che non avevano mai sofferto in precedenza di malattie epatiche. Per lo più guariscono rapidamente. In tre casi di Marchiafava si ebbe esito letale.

Per quanto riguarda il meccanismo di produzione dell'ittero infettivo, secondo Potain l'emozione dà ipotensione sanguigna addominale con aumento della pressione nei vasi biliari; secondo Hoppe-Seyler c'è spasmo delle vie biliari, secondo altri spasmo dello sfintere di Oddi, secondo altri ancora c'è ipercolia secretoria con assorbimento nei vasi sanguigni della bile abbondante e spessa. Secondo Eppinger si tratta di un ittero emolitico. Secondo gli AA. di uno *choc* emoclasico che lede la cellula epatica.

Certamente chi ha un ittero emotivo deve essere un epatopaziente latente.

R. LUSENA.

TERAPIA.

Il trattamento della febbre tifoide con il neosalvarsan.

H. Wohlers e R. Audéoud (*Presse Méd.*, 17 maggio 1933) hanno esperimentato la terapia neosalvarsanica nella febbre tifoide, trattando 20 casi e, per giudicare gli effetti della cura si sono basati principalmente sulle modificazioni della temperatura. Appena confermata la diagnosi di febbre tifoide, i malati ricevevano una dose I di neosalvarsan endovena. In qualche caso la dose I fu ripetuta ad un giorno di intervallo; più abitualmente i malati ricevevano dosi crescenti: II III, IV a due, tre e quattro giorni di intervallo.

Dopo l'iniezione della prima dose, la temperatura può abbassarsi di qualche decimo, ma generalmente l'effetto è poco marcato. Dopo la dose II, l'abbassamento della temperatura è più apparente, ma è dopo la dose III che i risultati sono più netti: la curva piega bruscamente fino al di sotto di 37°8 e non si rialza più. È questo lo schema dei casi favorevoli. Simultaneamente si constata miglioramento dello stato generale, scomparsa della cefalea e dell'insonnia.

I casi più favorevoli sono quelli trattati più precocemente. Su 20 malati trattati, 12 hanno reagito bene, in 4 l'azione è stata meno netta e meno immediata e la defervescenza si è prodotta in circa dieci giorni. In un caso il medicamento non ha avuto alcuna azione. In 3 casi infine si è avuto *obitus*: uno era entrato in

istato comatoso e non ricevette che una iniezione, il secondo fu trattato trenta giorni dopo l'inizio dell'affezione, complicata da una setticemia streptococcica; il terzo presentava delle localizzazioni polmonari e nervose.

È probabile che il neosalvarsan agisca stimolando il sistema reticolo-endoteliale, il che spiegherebbe i buoni risultati ottenuti con questo medicamento nelle malattie più diverse tanto nell'uomo che negli animali. C. TOSCANO.

L'atebrina e la plasmochina nella cura della malaria.

W. Mollow (*Arch. Schiffs- und Tropen.-Hygiene*, 6, 1933) ha sottoposto un piccolo numero di malarici alla cura dell'atebrina o a quella mista atebrino-plasmochininica.

L'atebrina ha dato buoni risultati, i parassiti sono scomparsi dopo circa 3 giorni: non si sono verificati inconvenienti durante la cura, e non ci sono state recidive. L'Autore non sa dire con precisione la durata necessaria del trattamento, ma tende a ritenere che 5 giorni siano sufficienti: la dose media usata è stata di gr. 0,10, 3 volte al giorno.

La cura mista è stata attuata mediante la somministrazione ora dell'atebrina ed ora della plasmochina, mai però contemporaneamente: se prevalevano i gameti è stata data plasmochina; se gli schizonti, atebrina.

Il metodo è ottimo ma va praticato per un certo tempo e necessita una lunga e dispendiosa ospedalizzazione.

Sugli ottimi effetti dell'atebrina riferisce W. Junge (*ibidem*) che in Liberia (Africa occidentale) l'ha usata largamente, trovandola benissimo tollerata e particolarmente indicata alle cure profilattiche. V. SERRA.

Il tribromuro d'oro nella pertosse.

J. Epstein (*American medicine*, luglio 1933), oltre al consueto trattamento igienico ed all'aria libera, consiglia il tribromuro d'oro che si può somministrare in soluzione acquosa, in modo da darne un cucchiaio da tè 3-4 volte al giorno ed uno nella notte. Generalmente se ne somministrano da 3 a 6 mg. Egli consiglia l'uso di una specialità a base di tale medicamento che ha l'inconveniente di essere instabile. Utili sarebbero anche le inalazioni, aggiungendo un cucchiaino della soluzione a 30 grammi di acqua e vaporizzando.

L'A. ha trattato in tal modo 75 casi di pertosse, con risultati incoraggianti. Dopo 2-3 giorni, la tosse si faceva meno frequente, gli accessi erano più brevi e meno intensi ed il bambino poteva dormire meglio. In 2-3 settimane, la tosse gradatamente scompariva.

fil.

Proteinoterapia nella febbre ondulante.

Se si pensa quanto tenace, e in moltissimi casi quanto resistente ad ogni genere di cura specifica ed aspecifica, sia la infezione da Brucelle, si giustificano le innumerevoli ricerche che vengono continuamente eseguite allo scopo di trovare un mezzo terapeutico realmente efficace nella maggioranza dei casi di questa malattia.

S. Miller riferisce in *The Lancet* (3 giugno 1933) una serie di sette casi da lui trattati con il vaccino T.A.B. (Tifo e Paratifi) per iniezioni endovenose ripetute ogni 3-5 giorni. I risultati furono specialmente brillanti in tre di essi, nei quali allo shock provocato dalla prima iniezione seguì il ritorno alla norma della temperatura e la guarigione definitiva.

P. Manson-Bahr vanta anche lui i risultati della proteinoterapia e descrive un caso con emocultura positiva (B. abortus) trattato con una iniezione di vaccino T.A.B. (50 milioni): la temperatura dopo la fortissima reazione provocata dal vaccino (durata circa 30 ore) cadde definitivamente, segnando così la fine della malattia. E. CARLINFANTI.

Assorbimento dei preparati salicilici attraverso la cute.

Nothmann e Wolff (*Klin. Woch.*, 23 febbraio 1933) hanno studiato il potere di assorbimento traverso la cute di una pomata salicilica, il « Sahumin », basandosi sulla quantità di acido salicilico libero, eliminato con le urine.

Tale riassorbimento è notevole, e raggiunge sino al 20 % dell'acido salicilico contenuto nella pomata.

Il quoziente di riassorbimento aumenta parallelamente all'ampiezza della superficie di strofinazione e al numero di queste: i migliori risultati si sono ottenuti, praticando prima della strofinazione un energico massaggio, e associando al « Sahumin » un bagno caldo.

V. SERRA.

NOTE DI TECNICA RADIOLOGICA.

Localizzazione degli emboli arteriosi con l'arteriografia.

Abbeloos (*Le Scalpel*, 13 maggio 1933) rileva che la questione delle embolie arteriose è stata portata al rango delle attualità chirurgiche dai recenti lavori della scuola francese e principalmente di Gosset. Si è discusso a lungo il valore della terapia chirurgica più adatta — arteriotomia, embolectomia e arteriectomia — e se ne sono poste le indicazioni. Ne è venuta la necessità di una diagnosi di sede dell'embolo più esatta di quello che non fosse stata possibile fino ad oggi, onde rendere più facile e più fecondo di risultati il compito del chirurgo.

La diagnosi di sede di un embolo era sinora basata sulle sensazioni subiettive del malato e su delle constatazioni obiettive che davano soltanto un'idea approssimativa, spesso insufficiente, della localizzazione dell'embolo. Si studiavano cioè: la colorazione e la temperatura dei tegumenti, i disturbi della sensibilità (do-

lori o anestesie) e della motilità, la presenza o meno del polso arterioso, e l'oscillometria, metodo non esente anch'esso da critiche, in quanto è l'espressione della pressione non di *una* arteria, bensì *delle* arterie di un membro.

Fu dos Santos che per primo ebbe l'idea di ricorrere all'arteriografia per ricercare il luogo preciso dove l'embolo si è arrestato. Ma ancor oggi il metodo per quanto innocuo e di facile attuazione, è poco diffuso. L'A. riporta un caso di embolia della poplitea in paziente affetta da m. di Ossler, nella quale l'iniezione endoarteriosa di Abrodil nella femorale denudata nel triangolo dello Scarpa, permise l'esatta localizzazione dell'embolo e l'asportazione di esso da parte del chirurgo. La tecnica dell'arteriografia è semplice e la sua realizzazione non è nè tonica, nè irritante, nè dolorosa. Una mobilizzazione dell'embolo è possibile soltanto verso la periferia, ciò che non può nuocere. Il metodo, merita dunque di essere diffuso ed applicato in tutti quei casi in cui esso si renda necessario. G. La Cava.

Osservazioni sull' angiopneumografia.

Conte e Costa (*Presse Médicale*, 10 maggio 1933, n. 37) proseguendo le esperienze del Ravina, del Carvalho ed altri, hanno realizzato interessanti ricerche sull'angiopneumografia con l'introduzione nel circolo polmonare, passando attraverso il cuore, di liquidi radiopachi, di concentrazione tale da far aumentare la visibilità dei vasi polmonari. La via attraverso la quale il liquido opaco giunge al cuore, è rappresentata da una sonda ureterale, di adatto calibro, che introdotta in una vena del braccio è fatta scivolare fino al cuore destro (Werner Forssmann).

È fondamentale in questo genere di ricerche la scelta del liquido da iniettare il quale deve essere anzitutto inoffensivo e di grande opacità. L'iniezione deve essere fatta con la maggior rapidità, in qualche secondo. Gli AA. portoghesi che hanno esperimentato sull'uomo vivente, senza alcun inconveniente hanno iniettato 6 cmc. di una soluzione di ioduro al 120 %, cioè 7 gr. di iodio: Conte e Costa hanno usato le stesse soluzioni di ioduro, però nelle loro mani questo si è mostrato non privo di inconvenienti. Iniettata infatti in un uomo di 25 anni, sanissimo, comparve immediatamente dopo l'iniezione uno choc tetanico, passeggero, interessante la muscolatura del tronco e degli arti, con rallentamento del respiro. Manifestazioni analoghe erano state descritte dagli stessi AA. portoghesi in encefalografie. Probabilmente questi fatti sono di natura tossica e possono egualmente sopraggiungere in animali, ma in modo irregolare e certamente in rapporto con speciale sensibilità individuale. Pertanto Conte e Costa, cercando di eliminare gli inconvenienti citati, hanno preparato soluzioni di abrodil e ioduro di sodio, tali da contenere 7 grammi di iodio in 10 cmc. di liquido acquoso: esperienze fatte con simile soluzione (anche uno degli AA. si è sottoposto alla iniezione!) hanno mostrato che questa è priva di inconvenienti. L'associazione abrodil-ioduro, per altro era stata già preconizzata dal Ravina. Come altro dettaglio di tecnica, gli AA. consigliano, per iniettare più rapidamente la soluzione, di ricorrere all'introduzione di due sonde una in ciascun braccio. Monteleone.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Il fenomeno di Sanarelli - Schwartzman nell'occhio e negli annessi oculari.

Nel 1916 Sanarelli aveva osservato che si poteva riprodurre nel coniglio il quadro dell'algidismo iniettando negli animali una dose submortale di vibrioni colerigeni e iniettando 24 ore dopo nelle vene colitossina, di per sè innocua. Anatomicamente si ha congestione intestinale con emorragie peritoneali. Più recentemente Schwartzman ha osservato un'intensa area di emorragie se in un coniglio si inietta intradermicamente qualche decimo di centimetro cubico di filtrato di culture del tifo o di altri germi e, dopo 24 ore, si fa un'altra endovenosa del medesimo filtrato.

Il fenomeno di Sanarelli-Schwartzman fu provocato anche nei reni, nei polmoni, nella parete gastrica, nella sinoviale articolare, nel testicolo, nel liposarcoma della cavia, da vari autori.

N. Cassuto (*Lo Sperimentale*, fasc. II, 1933) facendo la prima iniezione sotto la congiuntiva e la seconda nelle vene ha riprodotto il fenomeno sulla congiuntiva. Ebbe l'11 % di risultati negativi, mentre lo stesso fenomeno sulla cute si presenta negativo nel 29 %.

Eseguendo l'iniezione preparante nella camera anteriore ebbe coll'iniezione scatenante emorragia del corpo ciliare. Reperto nettamente positivo ebbe il fenomeno provocato sulla palpebra.

Osservazioni di Duran Reynals hanno dimostrato esaltazione della reazione locale al vaccino se insieme al virus vaccinico o ad un filtrato di germi comuni si inietta estratto testicolare. Pare che questo dipenda da un fattore R (Reynals) che agisce sulle cellule elevandone la soglia di permeabilità.

Favilli ha dimostrato l'azione permeabilizzante dell'estratto testicolare: esso diminuisce la resistenza globulare in vitro. Favilli ha anche notato che i così detti antivirus di Besredka hanno azione antagonista al fattore R.

Cassuto, partendo da queste osservazioni, ha fatto delle ricerche servendosi di brodo comune e di derivati dell'acido carbonico (uretani) ed ha osservato col loro uso una attenuazione o una non modificazione del fenomeno di Sanarelli-Schwartzman.

R. Lusena.

Contributo allo studio dell'influenza delle iniezioni ripetute di B. C. G. nelle scimmie.

J. M. Lévitan e D. D. Lokhoff (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, giugno 1933) avendo avuto la opportunità di studiare gli effetti delle iniezioni ripetute di BCG sulle scimmie, sono arrivati alle conclusioni seguenti:

1. Le vaccinazioni BCG ripetute nelle scimmie sono assolutamente inoffensive;
2. Esse conferiscono un aumento netto di resistenza alle infezioni virulente ulteriormente realizzate;
3. Le vaccinazioni ripetute, le malattie spontanee, le cattive condizioni di alimentazione non accrescono la virulenza del BCG;
4. L'impiego del BCG nelle scimmie tubercolose non esercita alcuna azione nociva sull'evoluzione del processo tubercolare virulento.

C. TOSCANO.

VARIA.

L'influenza della sifilide sulla vita e sull'opera di Baudelaire.

Le intossicazioni e le infezioni croniche esercitano indubbiamente un'influenza sulla produzione geniale, imprimendole particolari caratteri, deprimendola od esaltandola. Sono state fatte molte osservazioni, specialmente a proposito delle tossine tubercolari che, in determinati periodi, avrebbero un'azione esaltatrice. Forse minore è il numero di quelle fatte a proposito della sifilide, che per la natura stessa della malattia che, se colpisce il sistema nervoso, tende a dare lesioni che conducono verso il dissolvimento mentale, la demenza.

Carlo Baudelaire, il geniale autore dei « Fiori del male », non è sfuggito all'infezione luetica, che avrebbe contratto da giovane e che pesò sulla sua vita ossessionandolo. La comparsa della roseola, delle artralgie lo getta in un profondo stato di melanconia, rivelando la sua costituzione psicastenica. Le cure scrupolosamente seguite, di mercurio e di joduri, non giovarono molto, tanto che sui 45 anni, visitando la cattedrale di Namur, fu colto da un ictus e si abbattè sui gradini della chiesa, rimanendo poi emiplegico ed afasico. Un anno dopo, moriva, trattato dai medici come un emiplegico isterico.

Evidenti riflessi della malattia e soprattutto del libertinaggio si trovano nella sua opera. Egli vi si mostra sadico, satanico, vizioso e depravato, forse più di quanto fosse in realtà, chè studi recenti tendono anzi a riabilitare la vita di questo poeta.

Varie donne dall'ardente lascivia egli ha eternato nel verso: la Venere nera, la mendicante rossa, l'ebra Sara, ecc., salvo poi a pentirsene più tardi e comporre quel bizzarro epitaffio che avrebbe voluto sulla sua tomba: « Qui giace quegli che per aver troppo amato le baldracche, se ne scese ancor giovane al regno delle talpe ».

Talvolta è preso da un insano impulso di vendetta, non infrequente del resto fra i venerei; e rivolgendosi a colei che è troppo gaia, vuole castigare la sua carne troppo gioconda infondendole il proprio veleno.

Non rare sono poi, qua e là le allusioni, più o meno velate alla sifilide che nelle ansie, nei timori, nel senso di rivolta getta la sua ombra sull'opera del poeta.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Le mele crude nelle enteriti infantili. — Al dott. A. M. da P.

L'impiego terapeutico delle mele nelle diarree acute del bambino — proposto da Heisler nel 1928 e successivamente studiato e introdotto nella pratica pediatrica da Moro — consiste nella somministrazione di polpa di mele triturate nella quantità giornaliera di 500 gr. a 1 kg. (70 a 300 gr. per pasto). La poltiglia viene associata ad acqua fredda o tiepida ovvero ad infuso di the leggero e dolcificata con saccarina.

La dieta di mele dura in genere 48 ore, ma può essere protratta o ripetuta.

Esiste in commercio un preparato di mele in polvere, che porta il nome di « Aplona » e di cui 100 gr. corrispenderebbero a 1 kg. di mele.

La maggior parte degli AA. vanta l'efficacia del metodo, pur riconoscendo la maggiore difficoltà nella successiva rialimentazione. La cura per sè non offre pericoli, tuttavia è stata richiamata l'attenzione sulla possibilità di avere fenomeni di disidratazione brusca in qualche grave intossicazione alimentare del lattante.

Quanto al meccanismo per cui si esplicherebbe l'azione benefica della poltiglia di mele, i pareri sono tuttora discordi e discutibili.

Accanto ad un'azione *meccanica* della cellulosa, è stata invocata un'azione *antitossica* complessa, un'azione *astringente*, un'azione *acidificante* e persino un'azione *vitaminica*.

Sembra che una notevole importanza debba assegnarsi alla *pectina*.

L. S.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

C. RIZZO. *La diagnosi biologica di cisticercosi del nevrasse.* — Stab. Tip. S. Bernardino, Siena, 1933.

M. TORTONA. *Rendiconto statistico del biennio 1930-31 Ospedale Civile Ortona.* — Tip. Centobeni, Ortona.

A. AJELLO. *Appendicite ed annessite.* — Tip. Ospizio Benefic., Palermo, 1933.

I. BACIGALUPO. *Hymenolepsis fraterna.* — Comptes Rendus Congrès Int. Méd. Tropic. Cairo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

86° *Dottor L. A.* (L. S.). — Le condizioni per l'ammissione al concorso devono essere stabilite nel capitolato o nel regolamento. Può essere aggiunta nell'avviso del concorso una condizione da quegli atti non prevista se l'amministrazione la prescriva con valida deliberazione. Per altro a me sembra eccessivo ed ingiustificato, anche in rapporto allo scopo del concorso, richiedere la docenza come condizione per l'ammissione.

87° *Dottor M. B.* (N.). — Il procedimento non è legale. Unificate le due condotte e modificate le circoscrizioni, il Podestà doveva deliberare in rapporto alla condizione dei due titolari, seguendo criteri di convenienza amministrativa, nell'interesse del servizio, e valutando poi la situazione personale dei due interessati. Non poteva, invece, invitare uno di essi a scegliere.

88° *Dottor F. R.* (T. P.). — Non è stabilito un termine per la pubblicazione dell'avviso del nuovo concorso. Se il Comune ritarda, la Prefettura può richiamare il Podestà all'adempimento. La giurisprudenza ammette che la Commissione possa invitare il concorrente a regolarizzare atti eventualmente non legalizzati.

89° *Dottor P. B.* (M. T.). — Il trattamento economico, validamente costituito, non può essere modificato, tanto più che il Comune non ha provveduto ad un riordinamento generale, sicchè si possa ritenere che la soppressione dell'alloggio gratuito sia compensata da altre controprestazioni. Io credo che Lei possa ricorrere con fondamento alla G. P. A. in sede giurisdizionale nel termine di giorni trenta dalla comunicazione del capitolato che modifica il trattamento a Lei fatto, sopprimendo il diritto all'abitazione gratuita.

90° *Dottor P. F.* (L. M.). — Il decreto 23 marzo 1903, n. 227, aggiunge una causa di esenzione dai limiti di età, ma non abroga l'art. 27 del R. D. 1906, n 446, il quale conserva piena efficacia. Sono, quindi, dispensati, in ogni caso, dal limite di età coloro che prestino o abbiano prestato servizio in condotta medica per ufficio di titolare.

91° *Dottor D. V.* (P. d. F.). — L'aspettativa per motivi di studio non è prevista dalla legge e dal regolamento generale. Il sanitario può chiederla se sia stabilita nel capitolato o nel regolamento locale. In ogni caso, non è escluso che l'amministrazione la conceda per sua *libera* determinazione.

92° *Dottor D. S.* (O.). — La giurisprudenza ha ammesso, con varie decisioni, la efficacia dei titoli equivalenti, qualora, s'intende, da questi risulti lo stato o la condizione che si vuole accertare agli effetti dell'ammissione al concorso. Se dagli atti e dai documenti prodotti risultava implicitamente, sia pure per presupposto certo, la iscrizione all'Ordine dei Medici e al Sindacato, può ricorrere con fondamento contro il provvedimento di esclusione al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale.

93° *Dottor R. C.* (C.). — Se il trasferimento da una ad altra condotta non è previsto dal regolamento, il titolare di una delle condotte non ha nemmeno un interesse protetto: il Comune ha facoltà discrezionale di disporre il trasferimento e il medico condotto ha soltanto interesse di chiederlo. Se il regolamento prevede il passaggio da una condotta ad un'altra, il Comune ha sempre un potere discrezionale, ma limitato, e l'interesse del medico condotto ha una certa protezione, in quanto soltanto per giustificati motivi potrebbe essere negato il trasferimento.

94° *Dottor G. C.* (R.). — Il Comune è obbligato alla assistenza sanitaria mediante la condotta medica. Non è invece tenuto a pagare il compenso dovuto per l'assistenza prestata da altro sanitario: libero esercente o medico condotto di un Comune diverso.

Lei ha diritto di agire contro la persona assistita.

95° *Dottor A. F.* (O.). — Non è possibile stabilire, astrattamente, chi debba essere sacrificato. I criteri generalmente approvati dal Consiglio di Stato sono questi: anzitutto il Podestà deve considerare le esigenze del servizio e, quindi, dispensare il medico meno idoneo per età o per salute; assicurata questa necessità prevalente, il Podestà deve tener conto della condizione dei due medici, in rapporto al pregiudizio che ad essi può derivare. Dal secondo punto di vista sono valutabili le condizioni di famiglia, l'età, il diritto a pensione. In altri termini, si deve fare una valutazione complessa.

Il medico condotto dispensato avrà diritto al preavviso o ad una indennità in ragione della durata del servizio prestato. Nel caso analogo, della dispensa per scioglimento di un Consorzio, il regolamento sanitario 1906, n. 446, attribuisce una indennità corrispondente allo stipendio di un anno. Ma questa è una indicazione valutabile in casi analoghi.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Contro l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

L'on. Amedeo Perna ha presentato una interrogazione, con risposta scritta, al Ministro degli Interni per conoscere:

1) considerato che esistono tassative disposizioni di leggi fasciste sulla repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie e sulla disciplina delle arti e mestieri ausiliarî all'esercizio della medicina;

2) che ciò nonostante in molte città persiste su vasta scala l'attività delittuosa di impostori e mestieranti che esercitano la odontoiatria, ramo della medicina, senza possedere i titoli necessari imposti dalla legge;

3) che siffatta delittuosa attività è agevolata e resa possibile in alcuni casi da medici indegni che prestano il loro nome;

4) che in qualche città è stato financo possibile — per la illecita iniziativa di qualche industriale contrabbandiere del campo medico — istituire vere e proprie botteghe odontoiatriche direttamente aperte sul piano delle strade con offesa al prestigio dei sanitari e con danno della igiene pubblica;

non ritenga necessario ed urgente impartire ordini alle dipendenti autorità amministrative e di pubblica sicurezza delle provincie perchè siano — con giusto rigore — applicati gli articoli 1 e 2 della legge sulla repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie per una più efficace tutela della salute pubblica ed insieme degli interessi morali ed economici della classe medica.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARDINETO (*Savona*). — Scad. 31 ott.; L. 8400 da decurtarsi del 12 %; 10 bienni ventes., oltre L. 300 bicicletta e L. 500 uff. san., c.-v.

BASSIANO (*Roma*). — Scad. 30 nov.; L. 10.500 oltre L. 400 uff. san.; età lim. 35 a.

BOLOGNA. *R. Ricovero di Mendicità V. E. III ed Opere Pie Annesse.* — Scad. 15 nov., ore 17; medico primario, chirurgo, medico aiuto, medico assistente; stipendi rispettiv. L. 5000, L. 2600, lire 5500 e L. 4400; tassa L. 50; per le altre condizioni rivolgersi all'Amministraz.

CANDIA LOMELLINA (*Pavia*). — Scad. 15 ott.; lire 11.000 ridotte 12 %, 5 quadrienni dec.

CAPACCIO (*Salerno*). — Scad. 15 ott.; L. 7000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 2500 rivalsa cavalcat.; trattenute di legge; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10. cumenti ore dodici del 30 novembre 1933.

CUNEO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 10 nov.; direttore del Consorzio e del Dispens. di Cuneo; L. 20.000; trattenute di legge; età lim. 45 a.; chied. annunzio.

ENNA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio Provinciale Antitubercolare - Direttore del Dispensario Provinciale. Stipendio annuo lordo L. 18.000. Indennità servizio attivo L. 4000 salvo riduzione 12 % e ritenute legge. Le domande con i documenti specificati nel bando di concorso dovranno pervenire non più tardi del 25 novembre 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Enna.

FOLIGNO. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 31 ott., ore 17; tre aiuti med. chir. presso l'Ospedale Civile S. Giovanni Batt.; età lim. 30 a. al 31 ag.; tassa L. 25,10; doc. a 3 mesi; stip. L. 5000, oltre L. 500 serv. att.; eventuale c.-v.; riduz. 12 %; percentuale.

GALLUCCIO (*Napoli*). — Per titoli. Condotta medico-chirurgica per la cura dei poveri. Stipendio annuo, lordo, L. 9500 con diritto a 5 aumenti quadriennali del decimo, oltre L. 2800 annue per indennità cavalcatura. Stipendio e indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % secondo il Decreto 20 nov. 1930 n. 1491. La indennità di cavalcatura sarà annualmente riveduta dall'Amministrazione Comunale che potrà confermarla o ridurla a proprio criterio insindacabile tenendo presenti le effettive esigenze del servizio ed il costo dei trasporti. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Galluccio, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 25 novembre 1933-XII.

MARINO (*Roma*). — Scad. 30 nov.; 2ª zona; lire 9500 e 5 quadrienni dec.; c.-v.

MILANO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Scad. 15 dic., ore 17; 4 medici direttori di Sezioni dispensariali; L. 14.000, decurtate del 12 %; età lim. 40 a. al 15 sett.; doc. a 3 mesi dal 15 sett.; tassa L. 50,10. Chiedere annunzio (via Monforte 31).

NUCHIS (*Sassari*). — Scad. 15 ott.; L. 8976 oltre L. 2090 cavalc., L. 836 uff. san., L. 250 arm. farm., al netto 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

NUORO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 25 nov.; direttore del Consorzio e del Dispens. di Nuoro; L. 18.000 oltre L. 3000 serv. att. Rivolgersi Segreteria.

PADOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale, e posto di Aiuto-Medico del Dispensario stesso.

Stipendio iniziale del Direttore L. 18.000, indennità di servizio attivo L. 3000 più il 20 % sui proventi del Dispensario. Età massima anni 45 salvo le eccezioni e le protrazioni di legge e di regolamento.

Stipendio iniziale dell'Aiuto Medico L. 10.000 e indennità di servizio attivo di L. 1000, più il 10 % sui proventi del Dispensario. Età massima anni 35, salvo le eccezioni e le protrazioni di legge e di regolamento.

Gli stipendi iniziali di entrambi i posti sono suscettibili di tre aumenti quinquennali del decimo; gli stipendi stessi e le indennità sono al netto della riduzione del 12 % di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491, ma al lordo delle altre ritenute di legge. Per le altre condizioni di concorso chiedere bando alla Segreteria del Consorzio: Palazzo dell'Amministrazione Provinciale, Pa-

dova. Le domande di aspiro ed i documenti dovranno pervenire alla Segreteria predetta entro le ore diciassette del 21 novembre 1933-XII.

PARTINICO (*Palermo*). — Scad. 11 dic.; L. 8000 e 5 quinquenni dec.; riduzioni e trattenute di legge; titoli ed esami.

PIGNOLA (*Potenza*). — Scad. 25 ott.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.

PORRETTA TERME. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 31 ott.; aiuto medico dell'Ospedale Costa; età lim. 35 a. al 15 sett.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; mensilm. L. 500 nette da R. M., oltre L. 200 per gabinetto radiologico; percentuali 20 e 60 %; tassa L. 50,10.

RHO (*Milano*). — Scad. 31 ott., ore 17; con Pero; L. 11.500, ridotte; addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.; 5 quadrienni dec.; L. 3000 automob. o cavalc.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi.

RONSECCO (*Vercelli*). — Per titoli. Posto di Medico-Condotto Ufficiale Sanitario. Stipendio lordo L. 8500, caroviveri, indennità per bicicletta; il tutto da ridursi del 12 %. Popolazione 1924 ab. Poveri 174; circa L. 4000 annue per assistenza lavoratori immigrati. Alloggio nuovo prezzo favore casa comunale. Termine utile presentazione documenti ore dodici del 30 nov. 1933.

SILLANO (*Lucca*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 e 5 quinquenni dec., L. 2000 cavalc., L. 600 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

TREZZO D'ADDA (*Milano*). — Per titoli. Posto per un secondo medico-chirurgo, con servizio limitato ai soli poveri. Stipendio annuo, senza indennità caro viveri, L. 9000 con 5 aumenti quadriennali di un decimo. Tali assegni sono soggetti alle trattenute dei contributi Cassa Prev. e imposta di R. M. C. nonchè alla riduzione del 12 %. Indennità per mezzo di trasporto (bicicletta, della quale dovrà essere costantemente fornito) L. 400 annue, ridotte del 12 %. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio Protocollo del Comune di Trezzo d'Adda, debbono pervenire all'Ufficio predetto non oltre le ore diciassette del 31 ottobre 1933.

VENTIMIGLIA (*Imperia*). — Scad. 16 ott.; IV Zona; L. 7500 e 10 bienni ventes., oltre L. 2000 trasp., c.-v.; riduz. 12 %, addizionale L. 5 oltre i 500 pov.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VICENZA. *Ammin. Provinc.* — Scad. 20 ott., ore 12; coadiutore della Sez. batteriolog. e med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 15.000; compartecipaz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

A succedere al prof. Alzona nella carica di medico primario dell'Ospedale Civile di Piacenza è nominato, in esito a concorso, il prof. Esposito, della scuola del Ferrata.

Il dott. José Verdes Montenegro è nominato direttore generale di Sanità della Spagna.

Il prof. Werner Catel, della Clinica pediatrica di Berlino, è chiamato a dirigere la Clinica pediatrica di Lipsia.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Convegno internazionale di immunologia.

Il 16 settembre, con grande solennità, è stato inaugurato al Campidaglio, nella Sala Giulio Cesare, l'annunziato Convegno internazionale Volta d'immunologia. La cerimonia è stata onorata dell'intervento del Capo del Governo.

Erano presenti quasi tutte le personalità invitate dalla Reale Accademia d'Italia. Fra le autorità di Governo, del Partito e cittadine intervenute si notavano le LL. EE. i ministri Ercole e De Francisci, i sottosegretari di Stato Buffarini e Asquini, il segretario del partito Starace, i rappresentanti di tutte le organizzazioni sanitarie e igieniche dell'Urbe. Erano, inoltre, presenti senatori, deputati, membri di ogni classe dell'Accademia d'Italia, rappresentanti di Confederazioni e organizzazioni sindacali.

Ai lati del Capo del Governo presero posto l'accademico Formichi in rappresentanza del presidente Marconi, attualmente all'estero per le sue esperienze, il Governatore di Roma, Boncompagni Ludovisi, il ministro Ercole, il prof. De Blasi, presidente del Convegno, il prof. Madsen, l'accademico Volpe, il prof. Marpicati, cancelliere dell'Accademia d'Italia, il ministro on. De Francisci ed il sottosegretario on. Buffarini Guidi.

Il Governatore di Roma, principe Boncompagni Ludovisi, ha porto ai convenuti il saluto di Roma ed ha messo in rilievo l'alta importanza del convegno.

Il prof. Formichi in nome della Reale Accademia d'Italia ha ricordato i precedenti convegni della Fondazione Volta ed ha accennato ai lavori del convegno attuale, che s'interesserà di una scienza considerata a ragione salvatrice gloriosa di vite umane.

Il presidente del convegno, S. E. Dante De Blasi, ha pronunziato un poderoso discorso. Egli ha rilevato come, entro il dominio delle scienze biologiche, della medicina, della chirurgia, dell'igiene, nessun campo si può forse dire più vasto di quello che spetta all'immunologia. Certo nessun'altro le accomuna maggiormente nel lavoro sperimentale e nelle osservazioni cliniche ed epidemiologiche; nessuno le congiunge con più naturali legami in unico fascio di forze tese verso la conquista di verità scientifiche e dei mezzi per piegarle a difesa del genere umano contro molte cause morbose. Nè soltanto del genere umano ma anche degli animali: di quelli, in particolare, che all'uomo sogliono essere compagni di fatica e gli fanno dono dei loro prodotti e del loro lavoro. L'immunologia è dunque materia vastissima di scienza ed arte insieme. Eppure ha poco più che mezzo secolo di vita.

Il De Blasi, dopo aver ricordato la grande scoperta della vaccinazione contro il vaiolo, espone come il successivo glorioso periodo della batteriologia si possa considerare un periodo di gestazione per l'immunologia, la quale nacque, appunto, allorchè quella toccava i suoi fastigi e le poteva finalmente apprestare le colture artificiali dei microbi patogeni, dotandola, così, del materiale necessario alle speciali ricerche e facendola assurgere al grado di una scienza sperimentale. Fu ancora Pasteur che, con le scoperte della vaccinazione antirabbica e quella contro il carbonchio ematico ed altre malattie infettive degli animali, le infuse gli spiriti di una vita rigogliosa

e piantò la prima pietra miliare determinandone la prima tappa veramente gigantesca.

L'oratore tratteggia quindi le successive tappe fondamentali dello sviluppo di questa scienza illustrandole con i vantaggi che ne sono derivati all'umanità (sieroterapia, vaccinazioni, sierodiagnosi, ecc.) e prospettando anche l'importanza scientifica e pratica che formano oggetto del convegno.

Lumeggia il contributo di vari studiosi, tra cui degnamente figurano gl'italiani.

L'immunologia ha ancora grande avvenire. Le nuove generazioni di studiosi sono chiamate a portare un poderoso contributo all'ulteriore svolgimento dell'immunologia, purchè siano comprese della necessità del più vivo e frequente scambio di idee, siano essi biologi puri, fisiologi o patologi, zoologi o botanici, medici, igienisti, biochimici, biofisici; purchè sempre mantengano quei contatti che rischiarano le idee, affilano l'arma della onesta critica, aguzzano l'ingegno verso nuovi cammini. Appunto perchè coloro che lavorano in questo campo sono spesso cultori di ben diverse discipline, ciascuno deve appoggiare le proprie forze a quelle degli altri e tutti insieme devono riunirle come in un fascio unico e tenerle legate coi vincoli più nobili che possono accomunare gli uomini di studio nell'opera loro: l'amore della verità scientifica e quello del bene del prossimo.

L'immagine del fascio unico di forze diverse, strette insieme per un medesimo fine, mentre corrisponde al pensiero e all'augurio che intende esprimere, si avviva di una luce singolare nella sala del Campidoglio, intitolata a Giulio Cesare, che fu, anche, uomo di scienza. Il Fascio significa unione di forze ed ha carattere non solo italico, ma anche universale, come testimonia la storia antica di Roma e quella che oggi viviamo in atto. Ed in virtù del suo significato anche universale esso può ben essere assunto dalle scienze sorelle e dagli scienziati come adeguato simbolo della loro comunione intellettuale della più cordiale fusione delle loro energie in servizio della scienza sovrana e del non meno sovrano interesse della salute dei popoli.

* * *

Il prof. Th. Madsen, presidente del Comitato d'igiene della Società delle Nazioni e direttore dell'Istituto sieroterapico di Stato di Copenaghen, a nome dei partecipanti stranieri ha pronunciato il seguente discorso:

« La presidenza della Reale Accademia d'Italia mi ha fatto il grande onore di designarmi per parlare alla fine di questa seduta inaugurale a nome dei partecipanti stranieri del convegno " Volta ,,.

Io non mi sento degno di esprimere l'amore per l'Italia che tutti noi abbiamo provato — io ne sono certo — fin dalla nostra giovinezza. Non le siamo noi dunque tutti debitori al massimo grado della cultura del vostro bel Paese e delle sue grandi tradizioni anche nel campo della medicina? Ricordiamo, ad esempio, l'opera di Celso e di Galeno e la grande fama europea che godettero le università di Salerno, di Bologna, di Padova, di Pavia. Non dimentichiamo il magnifico e fecondo periodo del Rinascimento, con la sua meravigliosa espansione dell'intelligenza umana incarnata nel nome immortale di Leonardo da Vinci.

Senza insistere sulla lunga, ininterrotta serie dei più illustri anatomici i cui nomi — e tra essi rifulge il creatore dell'anatomia patologica: Morgagni — costituiscono una elementare nozione per tutti i medici, debbo ricordare due attività giustamente celebri della storia della medicina moderna: in primo luogo quella della malaria, nella quale la scienza italiana ha compiuto uno sforzo prodigioso e in cui brillano i nomi di Grassi, Golgi e Celli come anche la grande lista dei nostri colleghi contemporanei tra i quali abbiamo il gran piacere di salutare oggi il nostro grande e venerato maestro prof. Marchiafava; in secondo luogo quello sulla tubercolosi che, in Italia, già da molti secoli è stata considerata come una malattia contagiosa, secondo le idee del Fracastoro e Falloppio e di Morgagni. Ora non dimentichiamo che, all'epoca stessa in cui fu scoperto il bacillo della tubercolosi, Carlo Forlanini proclamò la sua cura della etisia, che costituisce, oggi, la terapia più comunemente usata.

Al mirabile sforzo compiuto dall'Italia per la soppressione della malaria, universalmente noto sotto la forma delle celebri bonifiche, in cui la legge Mussolini segna una data primordiale nella storia dell'attività nazionale, fa riscontro il magnifico impulso dell'organizzazione antitubercolare italiana completato nell'Istituto " Benito Mussolini ", unico come tipo in tutto il mondo e gloria del grande uomo di Stato.

Nell'esprimere la nostra sincera riconoscenza di poter partecipare al convegno " Volta ", non dimentichiamo che quest'ultimo nome suona fra i più illustri nel mondo e che le opere immortali dei due italiani Galvani e Volta, costituiscono la base dell'elettricità medica.

Eccellente idea questa di riunire un determinato numero di scienziati nel campo dell'immunologia per procurare l'occasione, unica e ambita, di discutere temi e problemi che stanno loro a cuore: idea che porta l'impronta di quello spirito di iniziativa che distingue al massimo grado l'Italia contemporanea.

A nome dei partecipanti stranieri di questo convegno mi permetto di ringraziarvi cordialmente per l'onore che avete voluto farci invitandoci e, soprattutto, per le cortesi parole che, per mezzo dell'illustre vice-presidente anziano S. E. Formichi, ci sono state rivolte dal presidente Marconi, grande scienziato egli stesso, al quale dobbiamo una delle più straordinarie scoperte dei tempi moderni. Ringrazio S. E. il Governatore della Città Eterna per la sua amabile accoglienza e il nostro amico l'eminente scienziato prof. Dante De Blasi a cui, come presidente di questo convegno " Volta ", noi dobbiamo la splendida organizzazione della nostra riunione. Esprimo, infine, la speranza che i risultati del convegno siano pari alla accoglienza che ci avete fatta ».

Il Capo del Governo ha porto poi al congresso, con brevi ed efficaci parole, il suo saluto e il suo cordiale augurio.

Dello sviluppo del Convegno daremo un resoconto prossimamente.

Il Comitato internazionale d'igiene mentale.

Il 27 settembre, nel Salone del Palazzo della Provincia di Roma, ha avuto luogo la seduta inaugurale della riunione indetta dal Comitato internazionale d'igiene mentale e alla quale parteciparono i rappresentanti delle Leghe nazionali per l'igiene mentale di 12 Stati.

Oltre al Presidente della Lega nazionale per

l'igiene mentale, prof. De Sanctis, erano intervenuti al congresso: il gr. uff. Basile, direttore generale della Sanità, in rappresentanza del sottosegretario di Stato al Ministero degli Interni, il Prefetto, il Preside della Provincia, il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'igiene e sanità del Governatorato, il prof. Antonini, presidente onorario della Lega, il prof. Donaggio, presidente della Società italiana di psichiatria, e altre autorità mediche.

Il Preside della Provincia, Don Piero Colonna, ha porto il saluto ai convenuti.

L'on. Morelli, segretario del Sindacato nazionale dei medici, ha rilevato l'interesse vivissimo con cui i medici seguono questo convegno e, accennato al grado di perfezione raggiunto in Italia dalle istituzioni dirette alla lotta contro la tubercolosi, ha auspicato che queste istituzioni si trasformino in centri di igiene sociale, per la prevenzione e la cura di tutte le forme patologiche, e ciò, con grande vantaggio della salute pubblica e con grande economia di spese, in quanto cotesti centri si gioverebbero di una organizzazione già completa, quale è quella che oggi hanno, per merito del Regime fascista, i dispensari e i consorzi antitubercolari.

Il prof. Donaggio ha porto ai congressisti il saluto a nome della Società italiana di psichiatria, e il prof. De Sanctis, presidente della Lega nazionale per l'igiene mentale, ha esposto gli scopi del convegno e i fini che il Comitato internazionale di igiene mentale si propone di attuare. Infine, il prof. Basile ha rivolto ai congressisti fervide parole di saluto e d'augurio.

Daremo ulteriori notizie sui lavori.

31° Congresso italiano di ostetricia e ginecologia.

Il 28 settembre nell'aula magna dell'Università di Bari, sotto la presidenza del ministro Ercole, si è svolta la cerimonia inaugurale del XXXI Congresso della Società Italiana di ostetricia e ginecologia.

Ha preso per primo la parola il Commissario al Comune, il quale ha rivolto il saluto della città. Il prof. Mariani, Rettore Magnifico dell'Università, porge poi un deferente saluto al Ministro che rappresenta il Governo fascista in questo importante raduno nella città di Bari, che è stata dal Regime valorizzata. Ricorda il significato morale che il Congresso viene ad assumere per essere tenuto nell'Ateneo che porta il nome del Duce.

Il presidente della Società italiana di ostetricia e ginecologia, prof. Alfieri, dopo aver ringraziato per la cortese ospitalità, illustra l'attività della Sezione pugliese e mette in rilievo il fatto sintomatico del sorgere di sezioni regionali in ogni parte d'Italia. Lumeggia l'importanza dei temi che saranno trattati. Prospetta la complessità dei problemi inerenti alla maternità e chiude ringraziando l'on. Ercole.

La signora Gorjoux, delegata dell'Opera Maternità e Infanzia, documenta l'attività svolta dall'Ente nella provincia e mette in rilievo i problemi inerenti all'assistenza alla maternità nel Mezzogiorno, e alla posizione morale e al còmpito delle levatrici.

Il prof. Gaifami, presidente del Comitato organizzatore, ringrazia per le cortesi parole di plauso rivolte dagli oratori al Comitato stesso, e dà lettura di un caloroso telegramma di adesione del Ministro Di Crollalanza, assente per ragioni del suo alto ufficio.

Il Ministro Ercole porta il saluto del Governo fascista e mette in rilievo come ben pochi congressi siano importanti quanto questo, nei riguardi demografico e sociale. Nel nome augusto di S. M. il Re, egli dichiara quindi aperto il Congresso.

Sui lavori riferiremo prossimamente.

Convegno nazionale "pro infanzia anormale".

Nella R. Clinica neuropsichiatrica di Roma, sotto la presidenza del prof. E. Medea, presidente dell'Associazione « Pro infanzia anormale », ha avuto luogo il terzo convegno nazionale medico-pedagogico di detta Società.

La relazione ufficiale, sul tema: « La instabilità », venne svolta dal prof. S. De Sanctis. Seguì una discussione. Nel pomeriggio i congressisti visitarono, sotto la guida del prof. Banissoni, l'Asilo scuola di via Conte Verde; poi il Congresso si riunì nuovamente per discutere e votare due ordini del giorno, l'uno d'indole scientifica relativo alla definizione della « instabilità », l'altro d'indole pratica e assistenziale, relativo alla educazione fisica quale mezzo di terapia degli instabili.

Una priorità scientifica italiana.

« La Ricerca scientifica », organo ufficiale del Consiglio Nazionale delle Ricerche, pubblica una relazione redatta da una Commissione composta dai proff. Giacinto Viola presidente, Pietro Rondoni e Luigi Zoja, la quale riconosce in pieno la priorità del prof. Pietro Castellino nell'opoterapia epatica. La relazione è stata comunicata al prof. Pietro Castellino con una lettera del sen. Guglielmo Marconi e simpaticamente commentata nel « Giornale d'Italia » dal sen. Edoardo Maragliano.

Corsi di puericultura.

Come abbiamo riferito (fasc. 37, p. 1475), l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia ha organizzato dei corsi di puericultura per medici e per levatrici, allo scopo di preparare gli uni e le altre a collaborare nella funzione assistenziale dell'Opera. I corsi hanno luogo presso le Cliniche pediatriche universitarie e le Scuole di ostetricia.

Si annunzia un corso per medici a Napoli, dal 16 ottobre al 15 novembre e uno a Torino, dal 15 ottobre al 15 novembre; tassa d'iscrizione L. 50, tassa di diploma L. 35; si assegneranno premi. Domande alle Federazioni Provinciali dell'Opera (via dei Mille 48, Napoli; via Perrone 3, Torino). Un corso si è iniziato a Roma.

Corso integrativo di cardiologia.

Un corso di perfezionamento sulle grandi sindromi cardiache si terrà nell'Ospedale Tenon di Parigi, dal 13 al 23 novembre, sotto la direzione del dott. C. Lian. Tassa 250 franchi. Iscrizioni presso la Segreteria della Facoltà di Medicina, o presso l'A. D. R. M. (rue de l'Ecole-de-Médecine 12, Paris VIe).

Le norme per gli esami di Stato.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha recentemente diramato ai Rettori delle Università e ai Direttori degli Istituti superiori una circolare in cui vengono richiamate e illustrate le norme vigenti per gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio delle varie professioni, con particolare

riguardo a quelle concernenti le modalità e le condizioni per l'ammissione agli esami stessi.

Coloro che intendano sostenere nella prossima sessione gli esami di abilitazione all'esercizio professionale e tutti gli altri eventuali interessati potranno utilmente prendere visione della suddetta circolare rivolgendosi direttamente agli uffici di segreteria delle Università e degli Istituti superiori, cui sono state impartite in tal senso le opportune istruzioni.

Per un ospedale psichiatrico a Catania.

In una riunione del Rettorato della Provincia di Catania, il preside, comm. Lo Giudice, ha informato che sono in corso gli studi preparatori per la costruzione del manicomio provinciale.

Per la parte tecnica si è chiesta la collaborazione di un concittadino, il prof. Sciuti, direttore del Manicomio di Napoli; egli ha aderito di buon grado all'invito dell'Amministrazione Provinciale e si è recato a Catania per dare l'ausilio della sua esperienza.

Sotto gli auspicî del Prefetto, si sono avuti scambi di vedute per dotare la provincia di un Istituto psichiatrico fra i più moderni e meglio attrezzati.

Spedizione scientifica nell' Amazonia.

Nel 1925 una spedizione scientifica tedesca, capitanata dal dott. Otto Schulze e composta di 34 persone, si era diretta attraverso il Gran Chaco e l'alto Perù nell'Amazonia, allo scopo di studiare le proprietà medicamentose di alcune piante. Dopo 8 anni è tornata ora a Guayaquil (Colombia), ridotta a 11 persone, guidate dal chimico Hermann Huth. Il dott. Schulze è stato bruciato vivo da una tribù di cannibali; 20 componenti sono morti di malattie tropicali.

Il dott. Huth assicura che parecchi segreti sono stati strappati alle tribù delle selve amazoniche, in specie quella degli Ocsinas: così un antidoto del veleno delle vipere, un rimedio per la cicatrizzazione delle ferite, la cura di parecchie malattie; egli ha manifestato il desiderio di ritornare presto nella zona, da cui è rimasto affascinato.

I soccorsi nelle zone colpite da calamità.

L'azione di assistenza nei paesi dell'Abruzzo colpiti dal recente disastro tellurico si è svolta con regolarità e rapidità ed ha permesso che i corpi delle vittime fossero immediatamente tolti dalle macerie ed i feriti più gravi avviati verso gli Ospedali di Chieti, Guardiagrele e Lanciano, a mezzo delle autoambulanze dell'ospedale militare di Chieti, della Croce Rossa e dei Gruppi della M. V. S. N., e fossero curati tutti i feriti.

Nella zona di Tampico colpita da un ciclone, data l'immanità del disastro, i soccorsi, anche sanitari, sono stati inadeguati. Venne aperto un ospedale improvvisato. Si è proceduto a vaccinazioni antitifoidi, pel timore di epidemie da inquinamento dell'acqua.

Un po' dovunque.

Mentre questo fascicolo viene impaginato, si svolge a Siena il 20° Congresso italiano di psichiatria. Ne riferiremo nel prossimo numero.

Sul primo ricavato di un'eredità lasciata dalla signora Emma Polacco, vedova del generale Luigi Cortella, il Capo del Governo ha assegnato lire 200.000 agli Ospedali Riuniti di Roma, da devolversi a beneficio dell'Ospedale del Littorio; altre ingenti somme sono destinate ad altre istituzioni aventi finalità educative e assistenziali.

Una delle relazioni del prossimo Congresso della Società Italiana di Laringologia riguarda la « Chirurgia dell'etmoide » ed è stata affidata ai proff. Carcò, Lugli, Silvagni.

I colleghi che si sono occupati dell'argomento con pubblicazioni di indole anatomica, patologica e clinica, sono pregati di inviare gli estratti al prof. Mario Silvagni, via Cavour 58, Roma.

Il 17 settembre venne ricostituita ad Ancona la « Società Marchigiana di ostetricia e ginecologia », per iniziativa di un gruppo di studiosi. Il prof. Gusso, direttore della Maternità e del reparto ostetrico-ginecologico dell'Ospedale di Senigallia e promotore dell'iniziativa, tenne il discorso inaugurale. Venne nominato presidente onorario il sen. Pestalozza. Furono inviati varî telegrammi.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana si è adunata il 27 giugno, sotto la presidenza del prof. U. Baratozzi, assistito dal segretario dott. P. Soda. Furono fatte comunicazioni dal prof. A. Pellegrini e dai dottori B. Spagnoli e M. Tranchina.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese ha tenuto una seduta il 5 luglio, sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai dottori: prof. M. Lapenna, S. Bolognesi, prof. D. Marelli, U. Tanferna, P. Amadori.

Il 24 settembre si è svolto a Milano, nell'aula magna dell'Università Popolare, un Convegno Mutualistico Regionale Lombardo, sotto la presidenza dell'on. Alessandrini. Una relazione del dott. Risi ha preso in esame, tra l'altro, i rapporti con i sanitari e il problema delle tariffe.

Il prof. F. Bottazzi ha tenuto a Lecce, nel teatro Apollo, una conferenza sul valore nutritivo dell'uva. Ad ascoltare l'illustre scienziato era convenuto un folto ed eletto pubblico.

Secondo informazioni dell'« Agenzia d'Italia », nel 1932 la classe medica italiana si è arricchita di 1355 professionisti, risultati idonei fra 1528 laureati presentatisi all'esame di Stato; i medici tengono il primo posto così tra i candidati come tra gli abilitati. I farmacisti presentatisi sono stati 743, di cui 684 risultati idonei.

Il Commissariato di Salute Pubblica della Russia ha ripartito d'ufficio i 3700 neo-medici diplomatisi nel 1933; tra l'altro, ne ha assegnati 500 alle nuove officine e fabbriche degli Urali; 100 alla marina; 135 a cliniche e laboratori, per ricerche scientifiche; ecc. Ha ordinato che 750 medici delle città siano dislocati in località rurali, o addetti ad imprese industriali.

Un Comitato composto d'illustri pediatri ed internisti dell'Inghilterra sta organizzando una manifestazione in onore di G. F. Still, il quale si accinge a ritirarsi dagli ospedali del King's College e della Great Ormond Street, ove ha reso inestimabili servigi. Lo Still è stato un animatore degli studi di pediatria nell'Inghilterra.

Il principe Giorgio d'Inghilterra ha inaugurato i nuovi edifizi della Scuola medica del Collegio Reale di Londra. La costruzione comprende: un laboratorio di ricerche biochimiche (in rapporto con una clinica per diabetici), un museo medico (diviso in tre rami: medicina interna, chirurgia e ostetricia), un museo dentario, varie aule per lezioni, piccoli laboratori, sale di lettura, sale di riunione per studenti, un refettorio.

Desiderosi di onorare la memoria di Félix Lejars, un gruppo di colleghi, amici e antichi allievi, ha deciso di far eseguire un medaglione che riproduca l'effigie dell'illustre Maestro; sarà apposto nell'Ospedale Saint-Antoine, in occasione del prossimo congresso francese di chirurgia. Una copia del medaglione verrà mandata al paese natio del Lejars. Chi sottoscrive per 100 franchi, riceverà una medaglia coniata a imitazione del medaglione. Rivolgersi a: Georges Masson éditeur, boulev. St.-Germain 120, Paris VIe.

Il dott. Antonio Specher, figlio del prof. Florio, degli Ospedali Riuniti di Genova, durante una escursione sul ghiacciaio del Liskam è precipitato lungo un pendio di 300 m. d'altezza, riportando la frattura della colonna vertebrale. La guida che lo accompagnava è rimasta uccisa sul colpo. Penosissimo fu il trasporto del dott. Specher in barella, legato ad un materasso, da 4000 m. di altezza a 1600, e poi in autoambulanza per 300 Km. Fortunatamente, malgrado la gravissima lesione, si è avviata la guarigione.

È morta a Pistoia, 87enne e dopo quasi mezzo secolo d'ininterrotto servizio, suor Vincenza, al secolo contessa Eleonora Pucci, delle Figlie della Carità, superiora nell'Ospedale di S. Giovanni; nel 1927 il Governo Fascista l'aveva insignita della medaglia d'argento dei benemeriti della Sanità Pubblica e nel 1929 S. S. Pio XI la onorava della medaglia d'oro di benemerenza.

Si è celebrato il centenario della nascita di Carl Gerhardt, uno dei più reputati patologi di tutti i tempi; egli insegnò successivamente a Iena, Wurzburg e Berlino; morì nel 1882.

Il dott. Mario Musella ha lasciato la carica di redattore capo de « La Riforma Medica ».

Il Lichtenstein ha approvato una legge che stabilisce l'internamento degli oziosi: i soggetti che di loro elezione non lavorano, dediti all'alcool, che abbandonano la famiglia, che cadono a carico di altri o della collettività, vengono minacciati d'internamento dal comune; se non si correggono, lo Stato ratifica l'internamento, il quale ha luogo in una colonia di lavoro e può durare da sei mesi a due anni e protrarsi fino a tre anni in caso di recidiva.

La notizia data dai quotidiani e da noi riportata, secondo cui il prof. Battistini sarebbe morto in un incidente automobilistico, risulta infondata e dovuta ad una semplice somiglianza di nomi. Gli amici ed estimatori dell'insigne studioso saranno felici di apprendere che egli gode di eccellente salute.

Con profonda tristezza registriamo la perdita del prof. PIETRO CASTELLINO, direttore della 1a Clinica Medica dell'Università di Napoli, insigne scienziato, maestro, clinico, oratore. Di Lui ci occuperemo ampiamente in un prossimo fascicolo.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 16 Ottobre 1933 - XI Num. 42

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.

Direttore: prof. C. FRUGONI.

Contributo allo studio dell'ossalemia.

Dott. C. TOSCANO.

L'ossalemia, termine improprio con il quale si indica un complesso di sintomi di cui è causa l'aumento dell'acido ossalico nel sangue, pur essendo stata oggetto, specie nel passato, di numerose ricerche, non ha un posto di primo piano nella letteratura medica moderna e nella considerazione dei pratici. Nonpertanto essa merita di essere conosciuta e studiata, sia per la frequenza non indifferente con la quale si presenta, sia per i benefici che una esatta conoscenza della sindrome può recare dal punto di vista terapeutico.

Denominata anche « gotta ossalica », l'ossalemia è una sindrome anemizzante, talora emorragipara, sempre algica e nevralgica, che provoca crisi viscerali come la tabe, reazioni gastriche pseudoulcerose e reazioni intestinali mucorroiche; è inoltre una malattia precipitante.

Numerose sono le osservazioni che dimostrano la frequenza delle affezioni articolari negli ossalemici. Grott in 27 casi di diatesi ossalica poteva mettere in evidenza in 14 affezioni articolari il cui decorso andava parallelo con il tasso dell'acido ossalico nel sangue. Notando poi che la diatesi ossalica può presentarsi in forma di reumatismo articolare, enuncia la possibilità di un rapporto più stretto fra diatesi ossalica e reumatismo articolare.

I disturbi gastro-intestinali degli ossalemici sono di vario ordine. Cantani, Primavera, Golding Bird descrissero per i primi una sindrome di dispepsia che considerarono come una conseguenza dell'intossicazione ossalica: pesantezza e senso di gonfiore epigastrico dopo i pasti, sonnolenza, alternative di costipazione e diarrea, talora vomiti.

Le gastralgie e le enteralgie, per la loro intensità e per il particolare carattere del dolore, possono simulare il dolore solare delle pancreatiti e della tabe. La possibilità di ema-

temesi e di melene fa spesso pensare ad una ulcera gastrica o duodenale, ma l'esame radiologico è negativo. D'altra parte l'esame chimico del contenuto gastrico non mette in evidenza alcuna alterazione secretiva, mentre rivela la presenza di cristalli di ossalato di calcio.

Una delle manifestazioni più caratteristiche dell'ossalemia è la litiasi ossalica dell'intestino, consistente nell'escrezione di ossalato di calcio in forma di sabbia o di calcoli, escrezione che può accompagnarsi a dolori intestinali vivissimi, a vertigini, a sudori freddi.

I disturbi intestinali in complesso, come del resto tutti i disturbi dell'ossalemia, non hanno in sè nulla di caratteristico, ma gli antecedenti dei malati, di costituzione artritica, già sofferenti di malesseri mal definiti, di nausee, di inappetenza, di dolori vaghi, di artralgie, di emicranie inesplicabili, la constatazione di una coincidente iperossalemia e l'osservazione dei mutamenti che subisce la sindrome quando, con una terapia adatta, si provvede ad eliminarne la causa prima, dimostrano il nesso fra la complessa sintomatologia presentata dal malato e l'intossicazione ossalica.

Notevoli sono anche i disturbi nervosi degli ossalemici, disturbi che il Cantani e il Primavera consideravano come una caratteristica della gotta ossalica che essi contrapponevano alla gotta urica. Gli ammalati sono degli astenici, e spesso dei malinconici e dei nevrastenici. Vanno soggetti a nevralgie e a neuriti in forma parossistica o duratura, a frequenti emicranie, a crisi solari violente.

Varie teorie sono state proposte per spiegare la patogenesi dell'ossalemia.

Una parte dell'acido ossalico viene all'organismo dagli alimenti. Loeper ha proposto di chiamare *ossalofori* gli alimenti che contengono l'acido ossalico allo stato di sali, e *ossaligeni* quelli che danno origine ad acido ossalico meno direttamente. Sono ossalofori i legumi, il caffè, il tè, il cioccolato, sono ossaligeni specialmente gli zuccheri (Loeper).

Che gli alimenti ossalofori non possano essere la causa esclusiva dell'ossalemia, è ormai ammesso da tutti. L'acido ossalico ingerito viene nella massima parte ossidato dall'organismo (Marfori, Sarvonat, Loeper, Tonnet e Schulmann) cosicchè bisognerebbe introdurre chilogrammi di sostanze ricche di acido ossalico per ottenere una modesta ossalemia.

Ben più fondata è invece la teoria che ammette la provenienza dell'acido ossalico a spese delle fermentazioni microbiche sul contenuto intestinale, specie sugli zuccheri. Interessanti sono, a questo riguardo, le osservazioni di De Sandro, il quale, studiando la flora degli amilo-batteri intestinali, avrebbe trovato un germe capace di produrre *in vitro*, agendo sulla patata, acido ossalico, e avrebbe ugualmente isolato dalle feci di una isterica e di un ossalurico cronico un germe capace di produrre *in vitro*, agendo sulla patata, acido ossalico.

Piccinini e Lombardo, d'altra parte, hanno riscontrato nella flora intestinale degli ossalurici cronici una speciale razza di b. coli capace di produrre acido ossalico *in vitro* in acqua-patata e capace di produrre ossaluria di varia intensità e durata se somministrato per via orale in individui immuni da ossaluria.

In appoggio alla teoria dell'origine putrefattiva dell'ac. ossalico si porta la quasi costante presenza di uno stato catarrale dell'apparato gastro-enterico nella complessa sindrome dell'ossalemia, stato catarrale che pertanto sarebbe causa, non effetto dell'ossalemia. Secondo Desgeorges ossalemia e colibacillosi si osservano spesso negli stessi soggetti. Le prime manifestazioni dell'ossalemia sono intestinali; esse determinerebbero da una parte un aumento di aggressività dei germi intestinali e dall'altra parte un'alterazione della mucosa intestinale, che per questo fatto cessa di essere impermeabile; da ciò una colibacillemia cronica alla quale sarebbero da riportare la più gran parte dei disturbi attribuiti all'ossalemia.

Secondo altri AA. invece l'ossalemia sarebbe essenzialmente di origine endogena. Sostenitore di questa teoria è principalmente Loeper. Secondo questo A. l'acido ossalico ha origine nell'uomo:

1) dall'assorbimento eccessivo o dall'assimilazione rallentata degli zuccheri;

2) dal metabolismo difettoso e rallentato dei glucidi dei tessuti e sopratutto del glicogeno;

3) dalla formazione intraintestinale di acido ossalico a spese di certi grossi parassiti intestinali come la tenia.

Loeper fa notare che la formula dell'acido ossalico è più vicina a quella degli zuccheri che a quella delle sostanze albuminoidee e che dagli zuccheri è possibile ottenere *in vitro* acido ossalico, come dagli zuccheri si produce acido ossalico in tutte le esperienze botaniche. L'ossaluria e l'ossalemia sono poi molto frequenti nei diabetici e migliorano nettamente con l'insulina. D'altra parte Loeper, Soulié e Tonnet hanno dimostrato che dai tessuti ricchi di glicogeno della tenia si può formare acido ossalico e pensano che il glicogeno sia una sorgente di detto acido. Quando l'attività dei tessuti è ridotta, per un disturbo qualun-

que del fegato, del cuore e dei muscoli, dagli zuccheri e dal glicogeno in essi contenuti si può formare acido ossalico. L'azione di questi organi non si limiterebbe quindi solo alla distruzione dell'acido ossalico.

Loeper, pur non negando la possibilità dell'origine microbica dell'acido ossalico nell'intestino, per fermentazione degli zuccheri, fa notare che nell'intestino, che è alcalino, l'ossalato di ammonio o di sodio si può trasformare in ossalato di calcio che non è assorbibile perchè quasi insolubile.

Secondo la teoria sostenuta da Loeper, i disturbi intestinali dell'ossalemia sarebbero la conseguenza non la causa dell'ossalemia, conformemente a quanto pensavano Golding Bird, Cantani e Primavera nelle loro prime ricerche sull'ossalemia. E a conforto di questo modo di vedere stanno le esperienze di Marfori e di Loeper, i quali hanno osservato che l'ossalato di sodio, iniettato nel grande circolo, si ritrova in un'ansa intestinale isolata fra due legature, mentre numerosi dati sperimentali (Trémolières e Roger, Loeper) dimostrano che l'ossalemia, determinando una eliminazione di acido ossalico attraverso la mucosa gastrica e intestinale, provoca delle lesioni erosive di queste mucose.

Alla eliminazione dell'acido ossalico sarebbero dunque da riportare i disturbi gastro-intestinali degli ossalemici, mentre la precipitazione nell'intestino del calcio, per opera dell'acido ossalico eliminato, darebbe origine alla litiasi ossalica. I disturbi dolorosi sarebbero d'altra parte dovuti alla impregnazione dei gangli nervosi per opera dell'acido ossalico e alla conseguente decalcificazione.

Questa in breve sintesi la teoria patogenetica dell'ossalemia sostenuta da Loeper e collaboratori.

Ho così accennato alle principali teorie che dividono il campo degli studiosi circa il problema patogenetico dell'ossalemia. Dirò ancora che alcuni AA., come Beneke e Rodillon, sostengono l'origine dell'acido ossalico dall'acido urico, e che il Goiffon vede una relazione di causa ad effetto fra alcalosi e ossalemia, nel senso di una diminuita degradazione dell'acido ossalico determinata dallo stato alcalosico.

***

Come appare evidente da questa rapida rivista della moderna letteratura sull'ossalemia, lo studio di questa sindrome morbosa è ancora pieno di oscurità. Ciò dipende innanzi tutto dal fatto che l'ossalemia non è caratterizzata abbastanza come malattia autonoma dalla complessa e varia sintomatologia che l'accompagna, pur essendo numerose le testimonianze cliniche di uno stretto rapporto fra aumento dell'ac. ossalico nel sangue e fenomeni morbosi osservati. D'altra parte difficoltà tecniche hanno finora limitate le indagini sul comportamento dell'ac. ossalico nel sangue. Tutte le vecchie ricerche sulla diatesi ossalica e parte delle ricerche moderne sono fondate sulla osservazione della eliminazione dell'ac. ossalico per le urine. Solo con Loeper si può dire che si sia iniziato lo studio delle variazioni dell'ac. ossalico nel sangue, studio difficile, malgrado le nuove tecniche escogitate, e ancora tutt'altro che definitivo.

Un primo problema è intanto da risolvere. Qual'è il tasso normale dell'ac. ossalico nel sangue? Oltre quali limiti si può parlare di ossalemia patologica? Le conclusioni degli analisti sono a questo riguardo quanto mai discordi. Si va dai 2 mgr. ‰ di Guillaumin ai 40 mgr. ‰ di Laroche e Grigaut. Loeper considera normali le ossalemie che non oltrepassino i 10 mgr. ‰; Grott ha ottenuto nelle sue determinazioni valori nettamente più bassi di quelli di Loeper; Piccinini e Lombardi portano come valori normali mgr. 10-15 ‰. Certamente molto ha influenza sui risultati la tecnica della determinazione, tecnica soggetta a numerose cause di errore. Il Loeper, per es., attribuisce a difetti di tecnica (incompleta estrazione dell'ac. ossalico dal siero di sangue) i valori molto bassi ottenuti da alcuni AA.

Khouri ha osservato iperossalemia in individui che non presentavano segni patologici apparenti e che sembrava godessero di una salute normale, e si domanda se l'ac. ossalico non esista negli umori dell'organismo sotto forma di complessi vari di tossicità ineguale o se invece il tasso classico dell'ossalemia normale, stimato approssimativamente a 10 mgr. per mille non sia, almeno per certi paesi, inferiore alla realtà. Stima pertanto opportuno riprendere lo studio del tasso normale dell'ossalemia, usando i procedimenti più accreditati.

Riferirò sulle determinazioni ossalemiche da me eseguite in 50 soggetti scelti a caso nelle corsie e nell'ambulatorio della Clinica. Le determinazioni furono eseguite tenendo presente l'opportunità di un contributo allo studio dei limiti normali dell'ossalemia, essenzialmente però allo scopo di cercare un orientamento per ulteriori ricerche. Dei soggetti esaminati, 17 erano da considerare normali, in quanto all'esame obiettivo risultavano indenni da alterazioni organiche di qualche conto e presen-

tavano solo disturbi banali, a carattere prevalentemente neurotico. Gli altri presentavano affezioni le più diverse; furono però preferiti i soggetti con sindromi dolorose di varia origine e natura.

Le determinazioni furono eseguite con il metodo di Loeper e Tonnet, su 25 cc. di siero. Data la quantità di sangue necessaria per ogni determinazione, non era evidentemente possibile eseguire le ricerche in doppia copia nè, per il rispetto dovuto ai malati, era possibile ripetere, sia pure a distanza di tempo, la determinazione nello stesso soggetto. Ho già messo in evidenza, in una nota sulla tecnica della determinazione dell'ossalemia, questo grave inconveniente del metodo di Loeper e Tonnet, metodo che, per il resto, deve considerarsi ottimo. Ho ritenuto comunque opportuno rendere noti i risultati delle mie determinazioni, perchè la relativa concordanza dei valori ottenuti nei soggetti normali li rendono attendibili. Per comodità di lettura riporterò i valori in ordine crescente di grandezza, avvertendo che essi esprimono acido ossalico anidro in milligrammi per mille di siero di sangue.

1.	B. M.,	a. 30.	Normale	mgr.	1,20‰
2.	T. Q.,	» 51.	Mesencef. emorr.	»	1,20 »
3.	Z. V.,	» 31.	Normale	»	3,70 »
4.	C. O.,	» 41.	Normale	»	5,40 »
5.	C. C.,	» 45.	Emiparesi . . .	»	5,60 »
6.	R. E.,	» 47.	Tabe dorsale . .	»	6,40 »
7.	R. P.,	» 28.	Normale	»	6,50 »
8.	C. A.,	» 27.	Reumat. art. ac.	»	6,80 »
9.	P. M.,	» 47.	Normale	»	7,50 »
10.	S. O.,	» 43.	Normale	»	7,60 »
11.	M. M.,	» 37.	Normale	»	7,60 »
12.	P. P.,	» 17.	Normale	»	8,40 »
13.	R. A.,	» 64.	Nefrite cronica .	»	8,40 »
14.	T. G.,	» 25.	Normale	»	8,80 »
15.	M. S.,	» 20.	Meningo-radicol.	»	8,80 »
16.	C. L.,	» 45.	Normale	»	9,20 »
17.	S. A.,	» 38.	Normale	»	9,50 »
18.	N. N.,	» 31.	Pleurite essud. .	»	9,80 »
19.	S. A.,	» 36.	Epatite luetica .	»	10,00 »
20.	S. A.,	» 53.	Normale	»	10,00 »
21.	C. A.,	» 60.	Cirrosi epatica .	»	10,20 »
22.	A. S.,	» 54.	Normale	»	11,40 »
23.	C. R.,	» 66.	Arteriosclerosi .	»	12,00 »
24.	G. V.,	» 38.	Normale	»	12,60 »
25.	C. L.,	» 29.	Ipertensione . .	»	12,90 »
26.	L. A.,	» 53.	Aneurisma aort.	»	14,10 »
27.	S. R.,	» 19.	Ulcera duod. . .	»	14,10 »
28.	P. R.,	» 31.	Normale	»	14,40 »
29.	M. I.,	» 45.	Normale	»	15,00 »
30.	M. R.,	» 48.	Ipertensione . .	»	15,00 »
31.	S. E.,	» 63.	Neurite sciatica .	»	15,00 »
32.	M. A.,	» 29.	Normale	»	15,60 »
33.	C. T.,	» 52.	Neurite sciatica .	»	15,80 »
34.	B. A.,	» 35.	Nefr. cr. Em. cer.	»	16,50 »
35.	B. V.,	» 36.	Colecistite . . .	»	17,70 »
36.	M. L.,	» 60.	Inf. melitococcica	»	17,70 »
37.	D. G. M.,	» 33.	Mialgia	»	17,70 »
38.	S. E.,	» 26.	Colite	»	18,40 »
39.	M. M.,	» 55.	Reum. art. acuto	mgr.	18,40‰
40.	B. M.,	» 54.	Encefal. letargica	»	18,80 »
41.	M. N.,	» 31.	Reum. art. acuto	»	22,00 »
42.	W. A.,	» 56.	Insuffic. aortica	»	25,50 »
43.	A. P.,	» 24.	Sindr. dolor. add.	»	28,80 »
44.	F. A.,	» 34.	Lues. Ulc. duod.	»	30,00 »
45.	G. C.,	» 33.	Epatite semplice	»	30,00 »
46.	C. L.,	» 32.	M. di Bürger . .	»	31,20 »
47.	G. A.,	» 33.	Ipopituitarismo .	»	37,00 »
48.	F. G.,	» 71.	Neoplasma gastr.	»	37,00 »
49.	G. P.,	» 33.	Linfosarc. add. .	»	37,80 »
50.	M. A.,	» 63.	Mediastinite . .	»	42,90 »

In 50 soggetti ho dunque ottenuto valori di acido ossalico che vanno da un minimo di mgr. 1.20 ad un massimo di mgr. 42.90 per mille di siero di sangue, con una media matematica di mgr. 15.20 ‰.

Dei soggetti normali, 11 avevano valori al di sotto di mgr. 10 ‰, 6 avevano valori superiori, con un massimo però di mgr. 15.60 per mille; media matematica mgr. 9.07.

Considerando dunque solo i dati ottenuti nei normali, i miei risultati si avvicinano molto a quelli di Loeper e di Piccinini e Lombardi.

Ma c'è da domandarsi: fissato che sia un limite dell'ossalemia normale, quale importanza dare a quei valori ossalemici che oltrepassano tale limite? Hanno tutte le iperossalemie importanza patologica? A giudicare dai risultati ottenuti da me e da quelli osservati da Khouri sembrerebbe di no. Nei miei malati non è evidentemente possibile assegnare un significato determinato agli alti valori ossalemici osservati. Limitandoci a considerare gli ultimi 10 casi, nei quali ho ottenuto valori superiori ai 20 mgr. ‰, troviamo una varietà di sindromi così diverse l'una dall'altra, che un qualunque avvicinamento, riferito al comun denominatore dell'alta ossalemia, appare impossibile.

D'altra parte non si può *a priori* escludere che l'iperossalemia abbia anche in casi di questo genere un valore patologico. Ma è evidente che la sola determinazione del tasso ossalemico non può dirci che ben poco, eccetto che nei casi di grande ossalemia.

Bisognerà orientarsi verso lo studio del rapporto ossalemia-ossaluria, studio che è stato intrapreso da Loeper e che dovrebbe permettere di fissare particolarmente l'attenzione sugli stati di ritenzione ossalica; bisognerà, con uno studio metodico e con ripetute determinazioni nello stesso soggetto con una tecnica che renda ciò possibile (cfr. il citato mio lavoro sulla tecnica della determinazione dell'ossalemia) differenziare gli stati di iperossalemia permanenti o almeno duraturi da quelli temporanei, per i quali bisognerà tener conto della alimentazione del malato e dello stato funzionale del-

l'apparato digerente; bisognerà ancora approfondire lo studio delle iperossalemie di natura endogena, con uno studio dei rapporti fra metabolismo dei glucidi e metabolismo dell'acido ossalico. Problemi ai quali accenno solamente e che formeranno oggetto di ulteriori mie ricerche.

Come ho già detto, molti punti sono ancora da chiarire, molti quesiti da risolvere, perchè lo studio della ossalemia possa dirsi avviato verso la soddisfacente soluzione dei problemi che ad esso si riferiscono. Tutti i pratici sanno, per esperienza di tutti i giorni, quanto siano numerosi i soggetti che al medico si rivolgono per un complesso di disturbi, i più svariati, che mettono talora a dura prova l'acume e l'esperienza del medico che è chiamato ad interpretarli e a determinarne l'origine. Se lo studio dell'ossalemia potrà servire a rischiarare l'origine delle sofferenze in un certo numero di questi malati, nosologicamente inclassificabili, non sarà lieve vantaggio.

RIASSUNTO.

L'A., dopo avere sinteticamente esposto lo stato attuale degli studi sull'ossalemia, riporta i valori di 50 determinazioni di acido ossalico eseguite sul siero di sangue di soggetti normali e di soggetti affetti da stati morbosi diversi, discutendo i risultati ottenuti, sia in rapporto ai limiti da assegnare alla ossalemia normale, sia in rapporto al valore clinico dello studio delle iperossalemie.

BIBLIOGRAFIA.

ALBAHARRY. Thèse de Paris, 1903; Paris Médical, 1912.
ALESSANDRINI. Boll. e Atti R. Acc. Med. di Roma, 1926.
BENEKE. Citato da MAYER. D. Med. Woch., 1911.
BOULAY. Bull. Soc. Exot., 1929.
BRAITWALTE. Brit. M. J., 1930.
BUCHE, DECAUX e PAGEL. Congr. Vittel., 1931.
DE LUCIA. Boll. Soc. It. Biol. Sper., nov. 1929; febbr. 1930; febbr. 1931.
DE SANDRO. Policlinico, Sez. Med., 1913; Pathologica, 1914.
DESGEORGES. Nutrition, 1933.
FITTIPALDI. Rif. Med., n. 43, 1916.
GARRY e PUFFELES. Bioch. Zeit., 1930.
GOIFFON. Presse Méd., 1928.
GOUILLAUMIN. C. R. Soc. Biol., 1927.
GROTT. Verh. I° Kongr. Poln. Bek. Rheumatismus, 1930.
KHOURI. Bull. Soc. Chim. Biol., 1927.
LAROCHE e GRIGAUT. C. R. Soc. Biol., 98, 1928.
LOEPER. *L'Oxalémie*. Rapp. au Congr. Franç. de Méd., Paris, 1912.
LOEPER, BECHAMP e BINET. C. R. Soc. Biol., 1910.
LOEPER e DEGOS. J. Méd. et Chir. Prat., 1930.
LOEPER, DEGOS e TONNET. C. R. Soc. Biol., 1931.
LOEPER, SOULIÉ e TONNET. C. R. Soc. Biol., 1930 e 1931; Presse Méd., ottobre 1931; Congr. Vittel., 1931.
LOEPER e TONNET. Journ. Méd. Franç., giug. 1924.
LOEPER, TONNET e SCHULMANN. C. R. Soc. Biol., 1925.
LOEW. Bioch. Zeit., 1912.
LOMMEL. Med. Klin., 21, 1925.
MARFORI. Ann. di Chim. e Farm., 1890.
MOLLIARD. C. R. Soc. Biol., 1919.
PICCININI e LOMBARDI. Rif. Med., n. 31, 1925.
RODILLON. *L'oxalorachie*. Maloine et fils, Paris.
SARVONAT. Thèse de Lyon, 1911.
TOSCANO. Policlinico, Sez. prat., 1933.
VIALE, NAPOLEONI e ROSSELLI. Arch. di Sc. Biol., 13, 1929.

NOTE E CONTRIBUTI.

CLINICA CHIRURGICA PRIVATA

del Prof. F. DE GIRONCOLI in Conegliano Veneto.

Contributo alla clinica ed alla terapia chirurgica dell'ulcera gastroduodenale

per il dott. LUIGI TOMASI, aiuto.

La bibliografia riguardante l'ulcera perforata dello stomaco e del duodeno si è fatta in questi ultimi tempi ricca di numerosissimi casi pubblicati da parecchi autori, di particolare menzione sono quelli che riguardano perforazioni avvenute in bambini o ragazzetti, come quella di B. R. Shore che descrive un caso di perforazione acuta dello stomaco seguìta da morte in una bambina di 22 mesi, e quella di Pothosnigs che porta un caso di ulcera duodenale perforata in una bambina di undici anni, trattata con resezione dello stomaco e seguìta da guarigione.

In un argomento tanto discusso e per il quale sono state portate oltre alle statistiche di centinaia di casi raccolti da alcuni autori, anche i casi singoli trattati da altri chirurghi, credo possa riuscire di qualche interesse anche l'illustrazione di questi sei casi da noi osservati durante il 1932.

CASO I. — P. A., di anni 24, da Follina; entra in Clinica il 19 giugno 1932. Anamnesi famigliare negativa, il paziente da parecchi anni soffre disturbi al tubo digerente. Tre anni or sono fu operato d'urgenza per peritonite da appendicite acuta. Anche dopo l'operazione sofferse sempre disturbi a carico dello stomaco. Cinque ore prima dell'operazione fu incolto improvvisamente da un dolore acuto epigastrico seguito da deliquio. Al momento d'ingresso presenta temperatura 37°,2, polso filiforme 124, facies peritonitica; enorme difesa peritoneale con contrazione dei retti visibilmente più spiccata nella porzione superiore del retto di destra. Non ebbe vomito.

Atto operativo: Opera il dott. Luigi Tomasi. Aperto l'addome si trova liquido gastrico libero

in grande quantità, e si mette in evidenza un'ulcera duodenale iuxta-pilorica anteriore perforata il cui diametro di perforazione è di circa mezzo centimetro. Resezione ampia dello stomaco secondo Billroth II con modificazione Reichel-Poya, asportando l'ulcera in toto con 15 cent. di grande e 7 di piccola curva dello stomaco. Toilette della cavità addominale, detergendo delicatamente con batuffoli di garza gli sfondati di destra ed il Douglas. Sutura a strati delle pareti addominali senza drenaggio. Decorso post-operatorio ottimo; in 12ª giornata il paziente è dimesso completamente guarito.

Riveduto il paziente il giorno 1° marzo 1933, cioè a 9 mesi di distanza dall'operazione, dichiara di essere aumentato di 7 Kg., di digerire perfettamente senza accusare alcun disturbo.

Eseguito lo stesso giorno il controllo radiografico si trova: svuotamento gastrico rapido entro 3 ore. Nessun dolore alla pressione, nessuna alterazione sulla bocca anastomotica.

CASO II. — T. A., di anni 29, contadino. Entra in Clinica il 30 dicembre 1932. Anamnesi famigliare negativa; il paziente è da 4 anni gastropatico. Otto ore prima dell'operazione a stomaco vuoto, mentre spaccava legna fu colto da atroce dolore epigastrico con deliquio, dolore che non cessò neppure con morfina.

Al momento d'ingresso presentava facies peritonitica, temperatura 37°, polso bradicardico 65. Addome dolentissimo in tutto l'ambito ma in modo più spiccato nel quadrante superiore destro, aia epatica diminuita; muscoli retti specie la porzione superiore del destro in contrazione spasmodica quasi tetanica, a casa ed appena giunto in Clinica ebbe vomito alimentare.

Atto operativo: Opera il dott. Luigi Tomasi. Aperto l'addome si trova facilmente liquido gastrico libero in cavità addominale e si mette in evidenza un'ulcera duodenale anteriore perforata il cui diametro di perforazione è superiore a mezzo cent. Si pratica la resezione dello stomaco secondo Billroth II con modificazione Reichel-Polya, asportando l'ulcera in toto a 19 cent. di grande e 9 di piccola curvatura. Toilette della cavità addominale detergendo delicatamente con batuffoli di garza gli sfondati di destra ed il Douglas. Sutura a strati delle pareti addominali senza drenaggio. Decorso post-operatorio normale. In 12ª giornata il paziente è dimesso guarito per primam.

Riveduto il 25 febbraio 1933, cioè 40 giorni dopo l'intervento, dichiara di essere aumentato di 3 Kg., di sentirsi perfettamente bene, con ottimo appetito e digestione facilissima. Eseguito lo stesso giorno il controllo radiografico si ha il seguente responso: Moncone di stomaco sinistro lungo, con G. E. in posizione corretta e bene funzionante. Il vuotamento gastrico avviene rapidamente ma non per incontinenza, entro 2 ore. Nessun dolore alla pressione, nessuna alterazione sulla bocca anastomotica. Nulla di particolare a carico del tenue.

CASO III. — Sp. Giuseppe, di anni 46, possidente. Entra in Clinica il 6 giugno 1932. Anamnesi famigliare negativa. Il paziente fu gastropatico a lungo all'età di 20 anni, poi dopo lunga cura medica stette bene fino ad un anno fa; in tale epoca incominciò nuovamente ad accusare gravi disturbi gastrici che si manifestavano con eruttazioni acide e dolori a digiuno che si attenuavano con ingestione di poco cibo. Tentata nuovamente invano, per oltre un anno la cura medica, si decide ad entrare in Clinica per l'atto operativo.

Il paziente è messo a riposo ed a dieta liquida, ed il giorno 7 viene inviato al radiologo che comunica il seguente responso: Stomaco sinistro piuttosto ectasico. Regolari le due curvature fino al piloro. Sul bulbo duodenale nettamente dolente alla pressione, ombra di nicchia persistente sui vari seriogrammi. Peristalsi vivace, vuotamento lento, con stasi abbondante dopo 5 ore. Nulla di particolare al tenue ed al colon prossimale. Ulcera duodenale.

Il giorno 8, successivo all'esame radiografico, alle ore 20, in pieno benessere a stomaco digiuno, stando a letto, il paziente fu colto improvvisamente da violentissimo dolore epigastrico accompagnato da nausea e senso di deliquio. Non vomito. Il dolore continua ininterrotto anche dopo iniezione di morfina. Difesa peritoneale notevole di tutta la metà destra dell'addome, dolore vivissimo all'epigastrio ed alla fossa iliaca destra anche alla pressione superficiale. Si conclude per una perforazione acuta dell'ulcera e si decide l'intervento immediato che viene così eseguito due ore dopo la perforazione.

Atto operativo: Opera il prof. F. de Gironcoli. Anestesia spinale con percaina. Aperto l'addome si trova un'ulcera della faccia profonda del duodeno perforata. L'antro pilorico in contrazione spasmodica è pieno di pasto opaco, parte del quale fluisce dal pertugio dell'ulcera, si vede pappa di bario sparsa qua e là. Si sutura tosto la perforazione, poi si pratica una G. E. retrocolica posteriore. Toilette degli sfondati di destra con delicata detersione a mezzo batuffoli di garza. Sutura a strati delle pareti addominali senza drenaggio. Decorso post-operatorio regolare. Il paziente è dimesso guarito in 12ª giornata.

Riveduto l'ammalato il 24 novembre 1932, cioè a circa sei mesi dall'atto operativo, presenta ottimo aspetto, è aumentato di 4 Kg., però dice di soffrire spesso specie dopo qualche fatica, di pirosi e senso di peso all'epigastrio durante le digestioni. Eseguito un controllo radiografico lo stesso giorno si trova: Stomaco alto sinistro, G. E. bene funzionante. Non si osservano segni riferibili ad ulcera peptica, nè la palpazione alla regione piloro-duodenale provoca dolore tale da far pensare al persistere della vecchia ulcera. Si nota invece un notevole ispessimento della mucosa gastrica che è riferibile ad una gastrite diffusa. Vuotamento gastrico regolare. Nulla di notevole al tenue ed al colon.

CASO IV. — P. G., di anni 64, contadino, da Collalto. Entra in Clinica il 29 settembre 1932. Anamnesi famigliare negativa. Gastropatico da 10 anni. Nove ore prima dell'atto operativo, mentre ritornava a casa in carretta, dopo aver abbondantemente mangiato e bevuto presso parenti, fu colto improvvisamente da violentissimo atroce dolore epigastrico seguito da deliquio. Non ebbe mai vomito. Al momento dell'accoglimento, presentava: polso abbastando valido, temperatura 37°,5, aia epatica diminuita, tenace difesa addominale con spasmodica contrazione specie del retto di destra. Addome dolentissimo in tutto l'ambito, ma in modo più squisito nel quadrante superiore di destra.

Atto operativo: Opera il prof. F. de Gironcoli. Anestesia spinale con percaina Ciba. Aperto l'ad-

dome e trovato liquido gastrico libero si cerca e si trova un'ulcera duodenale anteriore perforata. Sutura della perforazione, G. E. retrocolica posteriore, toilette degli sfondati di destra e del Douglas con delicata detersione del liquido gastrico a mezzo di batuffoli semplici di garza. Sutura a strati delle pareti addominali senza drenaggio. Decorso post-operatorio un po' burrascoso nei primi tre giorni perchè turbato da vomito frequente ed abbondante, con ripetute lavande gastriche si vince tale complicazione ed il paziente viene dimesso completamente guarito in 12ª giornata.

Il 20 dicembre 1932 cioè circa tre mesi dopo l'intervento, viene nuovamente portato d'urgenza in Clinica in gravi condizioni. Narra di non aver avuto per i primi due mesi alcuna difficoltà alla digestione, da circa un mese invece ha spesso senso di peso allo stomaco e notevole difficoltà alla digestione e talvolta vomito che nell'ultima settimana divenne giornaliero e nelle ultime 12 ore è quasi continuo. Entra in Clinica in condizioni di grave abbattimento generale, con polso filiforme, addome trattabile, con la succussione si provoca notevole guazzamento, e con la percussione si delimita uno stomaco molto dilatato. Si pratica una lavanda gastrica che dà esito ad oltre tre litri di liquame putrido, ipodermoclisi ed iniezioni cardiocinetiche, si continuano queste cure per alcuni giorni e si rimette il paziente in buone condizioni. Il controllo radiografico eseguito il 27 dicembre dà il seguente responso: Stomaco ampio con bolla gassosa grandissima che respinge in alto fortemente il diaframma.

Somministrato il pasto opaco si vede subito che la G. E. funziona benissimo ed appare in buona posizione. Il vuotamento gastrico è abbastanza regolare, dopo 7 ore quasi tutti il bario ha lasciato lo stomaco; a questo punto però si scorge che lo stomaco è nuovamente pieno di liquido gastrico. Il resto del bario è passato nel tenue e colon che non presentano alterazioni degne di rilievo. I dati radiologici dimostrano il buon funzionamento della G. E., si ritiene che il ristagno sia dovuto ad atonia gastrica ed a una grave forma di gastrite.

CASO V. — B. A., cementista, da Mareno, entra in Clinica l'11 ottobre 1932. Una sorella morta per peritonite da ulcera duodenale perforata operata in 36ª ora. Il paziente non sofferse mai alcun disturbo a carico del tubo digerente nonostante vita faticosa e dieta malsana. Otto ore prima dell'intervento mentre si trovava sul lavoro fu colto da improvviso dolore atroce epigastrico che non si attenuò con iniezioni di morfina e nemmeno con iniezione nello speco vertebrale di percaina Ciba. Non ebbe vomito nè singhiozzo. Al momento d'ingresso presentava: temperatura 36°,6; polso 80 valido. Notevole difesa addominale; il retto di destra in specie si presenta in contrazione quasi tetanica. Addome dolentissimo in tutto l'ambito specialmente dolente la regione epigastrica.

Atto operativo: Opera il prof. F. de Gironcoli. Anestesia spinale con iniezione di percaina Ciba nel 10° spazio intervertebrale. Eseguita la laparotomia xifo-ombellicale mediana si trova subito liquido gastrico libero nella cavità addominale ed un'ulcera duodenale iuxta-pilorica anteriore perforata, il lume di perforazione è uguale ad una capocchia di spillo. Si sutura la perforazione con duplice strato e poi si pratica la G. E. retrocolica posteriore. Toilette degli sfondati di destra e del Douglas con delicata detersione del liquame gastrico a mezzo di batuffoli semplici di garza. Sutura a strati della parete addominale senza drenaggio. Decorso post-operatorio normale, in 12ª giornata si dimette il paziente guarito per primam.

Riveduto il 26 febbraio 1933, cioè 4 mesi dopo l'operazione, dice di essere aumentato di 4 Kg. e di digerire bene senza accusare alcun disturbo. Eseguito lo stesso giorno il controllo radiografico si ottiene il seguente responso: G. E. in buona posizione ad ampia bocca e bene funzionante, nessun punto dolente; il vecchio piloro non funziona. Il vuotamento gastrico è regolare, nulla di notevole al tenue ed al colon.

CASO VI. — O. V., contadino, di anni 61. Entra in Clinica il 18 marzo 1932. Anamnesi famigliare negativa; gastropatico da moltissimi anni. Settanta ore prima di entrare in reparto il paziente fu colto in pieno benessere da un dolore acutissimo alla regione epigastrica, tale dolore andò sempre aumentando e non si attenuò nemmeno con iniezioni di morfina. Il paziente non ebbe vomito. Al momento d'ingresso si trova in stato preagonico con polso filiforme, addome teso dolentissimo in tutto il suo ambito anche alla minima pressione. Aia epatica scomparsa.

Atto operativo: M. A. S., eteronarcosi, aperto l'addome si trova la cavità addominale inondata di liquame purulento. Osservando la regione duodenale si trova un'ulcerazione vasta del duodeno coperta da pseudomembrane infiammatorie. Si fissa alla parete addominale l'ulcerazione. Sutura delle pareti addominali.

Venti ore dopo l'atto operativo il paziente muore per peritonite purulenta.

Le discussioni ed i principali argomenti trattati dai chirurghi, riguardano principalmente l'anamnesi, l'eziologia, la sintomatologia, il metodo operatorio e le statistiche di casi di ulceri gastroduodenali perforate. Per quanto riguarda l'anamnesi, spesso, interrogando il paziente si rileva che negli anni precedenti aveva già sofferto turbe a carico del tubo digerente, e si possono spesso riscontrare preesistenti i sintomi dell'ulcera gastrica o duodenale: talvolta invece, come in uno dei nostri casi, la perforazione avviene senza che nell'anamnesi si possa trovare il minimo accenno a disturbi gastrici precedenti, in tali casi si tratta di ulceri così dette (latenti). A questo proposito, in una sua recente statistica, Promptowa afferma di aver trovato nel 26 % dei casi la perforazione in ammalati che non avevano mai accusato disturbi gastrici.

Le statistiche dimostrano chiaramente che la perforazione avviene di preferenza in primavera ed in autunno, più colpiti sono gli uomini dai 20 ai 50 anni; perforazioni avvengono però anche in donne e bambini ed in vecchi che hanno superato i 70 anni. Sono di gran lunga più frequenti le perforazioni dell'ulcera duodenale che quelle dell'ulcera gastrica. Quanto alle cause della perforazione,

esse sono varie e sono state descritte perforazioni acute nelle circostanze più diverse.

La posizione del soggetto, l'occupazione, gli sforzi compiuti, i traumi riportati, la maggiore o minore distanza dal pasto, il pasto stesso, possono avere qualche importanza eziologica, però la perforazione può avvenire in qualsiasi momento e senza alcuna causa plausibile. In uno dei nostri casi la perforazione può essere attribuita ad uno sforzo compiuto mentre il paziente era a stomaco vuoto, in un altro sembra sia stata causata dalla pressione sull'ulcera della pappa di bario mentre il paziente dopo l'esame radiografico si trovava nelle migliori condizioni, cioè a dieta, in posizione orizzontale ed in completo riposo. In un altro caso ancora sembra dovuta ad un pasto abbondante ed allo scuotimento della carretta.

L'aspetto del paziente è descritto da tutti come quello di un individuo che manifesta chiaramente i dolori atroci che soffre, la facies il più delle volte diventa precocemente peritonitica.

Il polso varia a seconda del momento in cui si esamina l'ammalato, di solito nelle prime ore si mantiene valido e non frequente in proporzione dell'imponenza degli altri sintomi, però molti autori ricordano casi come uno dei nostri nei quali il polso assume fin dalle prime ore il tipo di polso peritonitico, cioè diventa filiforme impalpabile frequentissimo. Nel nostro secondo caso è notevole invece la bradicardia pure ricordata da qualche chirurgo.

La temperatura pure varia da caso a caso ed a seconda del momento in cui si esamina l'ammalato, ma di solito la sua caratteristica è quella di essere bassa e nella maggior parte dei casi nelle prime ore si aggira intorno ai 37°, 37°,5.

Tra i sintomi più costanti è ricordato da tutti il dolore all'epigastrio, simile ad un colpo di pugnale, improvviso, atroce, angoscioso, intensissimo, che compare in pieno benessere e non si attenua neppure con iniezioni di morfina; in uno dei nostri casi, non diminuì neppure con l'iniezione nello speco vertebrale di 4 cc. di percaina Ciba. A tale improvviso accesso doloroso segue spesso fredda sudorazione e deliquio.

B. Guaraldi recentemente ha notato un nuovo sintoma che si manifesta al momento della perforazione, cioè la contrazione dolorosa del diaframma che si accompagna ad ambascia respiratoria. C. L. Gibson ha pure notato un altro sintoma iniziale che consisterebbe nella comparsa di dolori riferiti alle spalle ed al collo, dolori che si manifestano subito dopo la perforazione e poi scompaiono. Egli attribuisce inoltre l'intensità dei dolori nella perforazione gastroduodenale all'acidità gastrica.

Tutti gli ammalati nelle prime ore presentano una visibile difesa peritoneale che è sempre precoce ed inizia allo stesso tempo del dolore là dove è la lesione causale, per cui nei primi momenti è localizzata ma poi rapidamente si generalizza. Taluni autori definiscono tale fatto con la frase scultorea, addome di legno, e tale espressione corrisponde veramente alla realtà, poichè i muscoli addominali sono in contrazione spasmodica e quasi tetanica ed hanno proprio una resistenza lignea. Esaminando accuratamente tali addomi si potrà facilmente rilevare come maggiormente contratta sia sempre la metà superiore del retto di destra. Osservando tale contrattura, sembra che la natura stessa voglia intervenire in difesa dell'organismo e cerchi di tappare la falla addossandovi sopra la parete addominale in spasmodica contrazione muscolare.

La palpazione naturalmente è dolentissima in tutto l'ambito addominale, ma sempre più squisito dolore si provoca nel quadrante superiore destro. Tale quadro si riscontra però solo nelle prime 12-14 ore dalla perforazione poichè dopo la peritonite conclamata si modifica. Molti autori, fra cui R. de Butler d'Ormond, attribuiscono grande importanza per la diagnosi alla scomparsa dell'aia epatica; in realtà nelle prime ore dopo la perforazione si osserva soltanto una diminuzione di essa. Altri, quali Brunner e Kulemkapf, attribuiscono grande valore all'iperestesia del Douglas che si avverte con l'esplorazione rettale. Recentemente C. Pfeiffer ricorda di aver messo in evidenza in 8 casi di perforazione, un sintoma radiologico di semplice e rapido rilievo, cioè la presenza di una bolla d'aria che separa il diaframma dal fegato; egli dice che nei casi di perforazione meno recente tale bolla cresce di volume ed allora è rilevabile anche a sinistra sopra lo stomaco. Questo sintoma però era stato rilevato anche dal Pothosnigs, il quale l'aveva fatto conoscere già nella sua monografia apparsa nell'Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia del 1927; egli descrive tale bolla d'aria come una falce posta fra diaframma e superficie del fegato e consiglia tale ricerca nei casi di dubbia perforazione gastrica duodenale. Anche Promptowa per la diagnosi precoce di perforazione consiglia la radiodiagnosi che spesso mette in evidenza un pneumoperitoneo.

Questo sintoma è ricordato anche da Pieri.

In moltissimi casi il vomito manca comple-

tamente per cui da taluni questo fatto è considerato quale segno prezioso per la diagnosi; in realtà quando manca il vomito ed esistono tutti gli altri sintomi sopra elencati si può porre con maggior certezza la diagnosi di perforazione gastroduodenale. Anche a tale proposito le statistiche sono molto elastiche poichè alcuni hanno trovato il vomito presente nel 20 % dei casi, altri nel 30 %, altri ancora nel 50 %; nei nostri casi un solo ammalato aveva avuto vomito.

* * *

È ormai pacifico che la cura dell'ulcera perforata è di pertinenza chirurgica e che l'intervento deve essere eseguito il più presto possibile poichè ogni momento che passa aggrava la prognosi. La discussione si fa viva quando si tratta di scegliere il metodo operatorio: tutti sono d'accordo di praticare nei casi disperati il solo drenaggio della perforazione oppure la gastrostomia temporanea con sutura della perforazione alla parete gastrica. Nei casi meno gravi molti chirurghi consigliano il semplice affondamento e sutura della perforazione possibilmente rinforzandola addossandovi omento, così fanno Swarz, Noetzel, Steinthal, Baudet, Zawialow, Petrow, Monburg, Metas ed altri; essi sostengono che questo metodo dà buoni risultati ed è il più rapido e semplice ed evita il pericolo dell'ulcera peptica.

Braun pratica il metodo del semplice manicotto d'omento addossato alla perforazione, secondo Naumann, e porta 216 casi con 47 guariti su 58 controllati.

Altri chirurghi praticano la sutura della perforazione cui fanno seguire la G.E. perchè dicono che il semplice affondamento della perforazione causa spesso notevole stenosi che richiede un secondo intervento: così Duval ha descritto un caso nel quale ha dovuto intervenire nuovamente tre giorni dopo per stenosi completa. Sostengono tale intervento Holtz, Engelsing, Meyer, Van Royen, Bazy, Gosset, ecc. I sostenitori del metodo radicale affermano invece che la resezione, oltre a salvare la vita del paziente con la stessa e forse maggiore probabilità dei metodi palliativi, serve a curarlo definitivamente anche per l'avvenire.

Dopo le prime resezioni praticate per ulcera perforata da Brunner nel 1903, da de Sengert nel 1904, da Ceci, da Finsterer, e specialmente dopo che Haberer, visti i brillanti risultati da lui ottenuti con le resezioni nell'ulcera semplice, le estese con fortuna anche ai casi di perforazione, sorsero numerosi entusiasti di tale metodo: Brutt, Mulleder, Neuberger, Poul, ecc.; non tardarono però i critici che negarono la utilità del nuovo metodo sostenendo invece la bontà dei metodi palliativi, così Bager, Denks, Fermond, Gibson, Guilleminet, Morisson, Naumann, ecc. Ma la schiera dei resezionisti aumentò ancora ed in difesa di questo metodo portarono il loro contributo autorevole valentissimi operatori quali Kunz, Eichelter, Iudin ed altri i quali sostengono che, siccome i risultati lontani dei metodi palliativi non sono buoni, perchè spesso seguiti da stenosi o da ulcera peptica o da gravi gastrite, pur ammettendo che è ancor troppo presto per poter sostenere la resezione dimostrandone la bontà dei suoi risultati lontani, dato che le statistiche dimostrano chiaramente una maggiore mortalità nei pazienti trattati con metodi palliativi di quelli trattati con la resezione; si deve preferire il metodo radicale.

Leggendo gli ultimi lavori scritti in proposito troviamo che anche Oliani, pur resezionista nei casi di ulcera semplice, propugna il semplice affondamento dell'ulcera perforata possibilmente con omentoplastica, egli evita la G.E. perchè teme l'ulcera peptica. Haberer segue questo sistema nei casi nei quali per ovvie ragioni è sconsigliabile la resezione. C. Bohem ha una statistica di operati in questo modo col 29 % di mortalità. H. Lielke ha così operato 42 casi, solo eccezionalmente fa seguire la G. E. Pauchet pratica la semplice sutura quando la perforazione è molto piccola, quando è un po' più grande pratica anche la G.E.; nelle perforazioni ampie preferisce la resezione. Donati fa seguire all'affondamento della perforazione sistematicamente la G.E. per evitare la pressione sulla regione ulcerata e favorire lo svuotamento del ventricolo. K. Neller, M. D. Semb Carl, R. de Butler d'Ormond e Promptowa seguono pure questo metodo. L. I. Mannassewitsch porta 30 casi così trattati; C. Bohem su 20 casi ha trovato 6 ulceri peptiche; Iudin su 123 ammalati ha trovato 22,5 % di mortalità e su 48 controllati ben la metà non guariti ed ancora sofferenti. Oliani pratica la resezione nei casi più adatti; Pothosnigs è favorevole alla resezione e ricorre solo in casi eccezionali ai metodi palliativi. K. O. Peters presenta 56 resecati tutti controllati con ottimi risultati tranne il 6 %. C. Bohem 19 col 21 % di mortalità. Odelberg 20 tutti guariti. Eichelter ha una statistica di 41 resecati col 17 % di mortalità; egli è resezionista a tal punto da affermare che quando un paziente è in grado di subire una laparotomia può anche sopportare una resezione. Muchsam, C. Henle e recentemente anche Denks e Kleismidt sono d'opinione che in

buone condizioni si debba eseguire la resezione.

Richard ha raccolto una statistica di 710 ulceri perforate trattate con la resezione con 123 morti, cioè il 17 %. Kunz presenta 37 casi resecati e controllati col 91 % di guarigioni soddisfacenti e definitive. Duval e Kuechel sono pure propugnatori della resezione, quest'ultimo ha una statistica di 50 casi resecati nelle prime 6 ore e col 6 % di mortalità, col 23 % di mortalità negli operati dalla 6ª alla 12ª ora. Iudin su 56 resecati ha una mortalità del 22 %. Rieder è assolutamente resezionista e porta 165 casi di ulceri perforate dei quali 113 resecati col 18,5 % di mortalità e 92,9 % di guarigioni soddisfacenti; 52 trattati con metodi palliativi nei quali ebbe 38,8 % di mortalità e solo il 68 % di guarigioni definitive. V. Scaefer ha ottenuto 10 guarigioni su 10 resecati. Alcuni autori consigliano la resezione soltanto nelle prime ore dopo avvenuta la perforazione; così Kreuter sostiene questo punto di vista e porta la seguente statistica: 66 casi operati nelle prime 6 ore, dei quali 50 resecati col 6 % di mortalità, 16 operati palliativamente col 12,5 % di mortalità; 36 operati dalla 6ª alla 12ª ora, dei quali 16 resecati, col 58,8 % di mortalità; 20 curati palliativamente col 18,7 % di mortalità; 21 operati dopo la 12ª ora, dei quali 5 resecati, col 21,4 % di mortalità; 15 curati nell'altra maniera col 34,9 % di mortalità.

H. Kunz, G. Eichelter, Iudin, Haberer, Pothosnigs e molti altri invece sostengono che non ha tanta importanza il tempo passato dalla perforazione per stabilire se si debba a no tentare la resezione, quanto la giusta valutazione delle condizioni generali dell'ammalato. Haberer recentemente afferma che il giudizio nel singolo caso se si debba resecare o no è difficile e richiede oltre ad una tecnica rapida e sicura, una giusta valutazione delle condizioni generali del paziente e specialmente delle condizioni del sistema circolatorio ed afferma di aver salvato con la resezione individui operati 36 ore dopo la perforazione e di aver visto morire altri operati in 7ª ora con metodi palliativi.

Anche Pothosnigs ha descritto un caso da lui resecato in 36ª ora seguìto da guarigione.

Vagliando tutti i lavori sopra ricordati, si deve concludere che in questi ultimi tempi la teoria resezionista ha guadagnato molto terreno, e che come si considera metodo di elezione per l'ulcera semplice la resezione, così tale metodo deve essere esteso in linea di massima anche all'ulcera perforata, lasciando alla sagacia, perizia ed abilità del chirurgo di stabilire in quali casi, le condizioni generali del soggetto ed in modo speciale, secondo Haberer, le condizioni del sistema circolatorio, consiglino di eseguire un'operazione più rapida quale è quella della chiusura della perforazione seguìta o no dalla G.E.

Altri argomenti tuttora in discussione sono: il tipo di anestesia, il sistema di aspirazione del liquido gastrico disperso nella cavità addominale e se si debba chiudere completamente l'addome o lasciare un drenaggio. Molti consigliano ancora la narcosi eterea preceduta da iniezioni preparatorie; in realtà tale anestesia se provoca intossicazione eterea ed ostacola spesso l'atto operativo ha il gran vantaggio di escludere la personalità dell'operando e di farlo dormire anche durante le ore successive all'intervento che sono sempre le più dolorose e burrascose. Molti, come Iudin e Braun, praticano l'anestesia locale seguìta da anestesia degli splancnici; altri ancora, come Henschen, R. de Butler d'Ormond, ecc., praticano l'anestesia spinale che ha il vantaggio di mettere il paziente nelle condizioni più favorevoli, perchè il chirurgo possa eseguire l'atto operativo che può essere anche prolungato senza soverchia preoccupazione.

S. Puglisi Allegra, nei casi tardivi, onde impedire la disseminazione della peritonite, pratica in un primo tempo una laparotomia xifombelicale mediana e la G.E. drena e chiude, poi attraverso una seconda incisione, praticata sotto l'arcata costale, sutura la perforazione, deterge lo sfondato sotto-epatico con garza imbevuta di etere e chiude lasciando altro drenaggio. Haberer deterge il liquido gastrico lavando la cavità addominale con 60 litri di soluzione fisiologica; seguono tale sistema altri chirurghi quali Keller, M. D. Sem Carl, Promptowa e Schaefer; Eiselberg pratica il lavaggio addominale con soluzione acido-pepsinica. Altri chirurghi invece sono contrari a tale lavaggio; Henschen, per esempio, dà molto peso ad un trattamento riguardoso del peritoneo e per non lederne il potere di assorbimento, consiglia di ripulire a secco, con molto garbo; a tale fine egli ha anche ideato una sua speciale cannula di aspirazione. Bager pure è contrario al lavaggio e consiglia di asciugare semplicemente il liquido, ed a sostegno del suo asserto porta una statistica col 24,4 % di mortalità in casi trattati col semplice prosciugamento e col 41 % di mortalità in casi trattati col lavaggio addominale.

Oggi i più autorevoli chirurghi chiudono l'addome senza drenare, lasciando alla grande sierosa il compito di assorbire il liquido gastrico rimasto nella cavità addominale; così Haberer, Oliani, Brunner, Henschen, Bager ecc.

Anche Robineau è contrario al drenaggio, e

recentemente polemizza con R. Bernard, il quale, fautore del drenaggio, ricorda 16 suoi resecati trattati con drenaggio, 4 dei quali presentarono poi fistole duodenali; e mentre R. Bernard vuol dimostrare che questi 4 hanno avuta salva la vita in grazia al drenaggio, Robineau attribuisce invece proprio al drenaggio la fistola duodenale, poichè egli giustamente dice che nulla favorisce tanto l'apertura delle suture gastriche quanto l'inevitabile ed intimo accollamento delle garze di drenaggio sulla linea di sutura. Pure recentemente Patel e Dejaques hanno trattato del drenaggio sottopubico da molti raccomandato per lo svuotamento del Douglas; essi concludono consigliando, in casi tardivi, con molto liquido raccolto nel Douglas, l'incisione sottopubica che favorisce l'uscita del liquido, incisione però seguita immediatamente da completa sutura e dimostrano con statistiche che il drenaggio sottopubico lasciato *in sito*, è cagione di molti decessi....

RIASSUNTO.

L'A. vuol dimostrare l'importanza della contrazione del muscolo retto di destra, nella sintomatologia di ulcera g. d. perforata e gli innegabili vantaggi che la ,resezione gastrica presenta in questi casi, in confronto agli altri interventi palliativi rappresentati specialmente dall'affondamento della ulcera perforata accompagnata o no dalla G. E.

Presenta 6 casi osservati nel 1932 dei quali 2 da lui operati con resezione gastrica e 4 operati dal Prof. F. de Gironcoli con affondamento.

Conclude raccomandando sempre la resezione dello stomaco nei casi di ulcera gastro-duodenale perforata.

BIBLIOGRAFIA.

Fino al 1929 vedere la bibliografia del lavoro di OLIANI: *L'ulcera gastrica e duodenale nella chirurgia moderna.* Bologna, L. Cappelli, 1929.

B. BAGER. *Zur Frage der Therapie des perforierten Magen- und Zwoelfflingerdarmgeschwures.* Der Chirurg., 1932, 13, 522.

B. RAYMOND. *Le mécanisme de la morte dans les ulcères perforées; le méchage est un excéllent traitement des pérforations duodénales.* La Presse Médicale, 1933.

C. BOHEM. *Palliative operation der Resektion bei perforirtem, ecc.* Der Chir., 1931, 257.

W. BRAUN. *Die Behadlung der perforationen Magen und Zwoelfingerdarmgeschwür.* Münch. Med. Wschr., 1929, 1, 453.

R. DE BUTTLER D'ORMOND. *Perforations aiguës, ecc.* Gaz. Hôp., 1931, 20.

G. EICHELTER. *Die Resektion, ecc.* Arch. Kl. Chir., 1930, 160, 400.

R. FUMAGALLI. *Peritoniti acute.* A. Manunzio, Roma, 1932.

FINSTERBUSC E. GROSS. *Der Wert der Roertgenuntersunchung ben Perforationen im Berichte des Magen-Darmkanals.* Der Chirurg., 1932, 15, 598.

FROMME. Zentralblatt, 1931, 13, 802.

L. G. GISBSON. *Acute perforations of stomach and duodenum.* J. Americ. Med. Ass., 91, 100.

B. GUARALDI. *Considerazioni sulle perforazioni da ulcera duodenale perforata.* Policlinico, Sezione Pratica, 1930, 22.

C. HENLE. Der Chirurg., 1930, 987.

H. v. HABERER. Neue Dutsche Klinik, 6, 741, 1930.

S. JUDINE. *A propos du traitment des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. Statistique de 207 cas.* Bull. Nat. Nat. Chir., Paris, 1929, 55.

S. JUDINE. *Nueva serie de ulceras perforadas del estomago y del duodeno.* Rev. Chir., Buenos Aires, 1931, 10, 285.

S. JUDINE. *Ueber die primaere Resektion, ecc.* Arch. Kl. Chir., 1930, 161, 517.

KREUTER, *Erfahrungen an 150 operativ beandenten, ecc.* Zentralblat f. Chir., 1931, 3, 149.

KUECHEL. *Osservazioni sul trattamento delle ul. g. d. perforate 50 casi.* Ibid., 1931, 14, 889.

H. KUNZ. *Ueber Resektion bein freien, ecc.* Arch. Kl. Chirur., 1930, 160, 390.

R. MUCHSAM. *Die Resektion bein perforierten, ecc.* Zentralblat f. Chir., 1930, 3, 154.

K. NELLER. *Dauerergebnisse des palliativ operierten Ulcus perforatum.* Archiv Kl. Chirurg., 1930, 161, 244.

ID. *Bermerkungen zur Diagnose des Ulcus perforatum, zugleich, ecc.* Münch. Med. Wschr., 1929, 1, 534.

PATEL et DEJAQUES. *Le dreinage sus-pubien dans l'ulcère perforée de la région gastroduodénale.* La Presse Médicale, 1933, 11, 15.

K. O. PETERS *Zur Frage der Therapie des perforationen Magen- und Zwolffingerdarmeschwüres.* Der Chirurg., 1931, 166.

C. PFEIFFER. Zentralblat f. Chirurgie, 1932, 47.

POTHOSNIGS. Archivio ed atti della Società Italiana di Chirurgia, 1927.

PAUCHET. *Traitement des hémorragies et des perforations gastriques et duodénal.* Gazette des Hôpitaux, 1931, 28.

W. U. PROMPTOWA. *Ueber Ulcus gastroduodenale perforativum.* Nov. Chir. Arch. Russ., 1929; Zentralblat f. Chirur., 1930, 29, 1801.

S. PUGLISI-ALLEGRA. *Sul trattamento delle ulceri duodenali perforate.* Policlinico, Sezione Pratica, 1930, 47.

A. RICHARD. *De la gastroentéroslomie complémentaire dans le traitement des ulcères gastroduodénales.* Presse Médicale, 1929, 64.

M. RICHARD. *Zur Frage der primaeren Resektion, ecc.* Zentralblat f. Chir., 1931.

M. ROBINEAU. *Sur le mécanisme de la morte en chirurgie gastrique.* La Presse Médicale, 1933, 11, 25.

RIEDEL. *Dauerergebnisse der primaren Resektion bein perforierten Magen-Zwolffinger-Geschwüren.* Der Chirurg., 1931, 20, 884.

M. D. SEMB. CARL. *Acute perforation of gastric and duodenal ulcus.* Acta Chir. Scandinav., Stoccolma, 1930, 66, 315.

B. R. SHORE. *Acute ulcerations of the stomach in children.* Ann. Surg., 1930, 92, 239..

V. SCHAEFER. *Zur Frage der Behandlungsmethoden, ecc.* Zentralblat f. Chirur., 1931, 7, 405.

WILLICH. *Zur Behandlung des akut perforierenden Magen- und Duodenaluluces.* Der Chirurg., 1929, 16, 731.

H. ZIELCHE. *Zur Therapie des Ulcus ventriculi et duodenal Perfor.* Ibid., 1930, 107.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ictus laringeo dei bronchitici.

Dott. PICHEZZI LUPO.

L'esistenza dell'itto laringeo non tabetico è stato messo in evidenza la prima volta da Charcot, il quale nel 1876 descrisse questa sindrome, sotto il nome di vertigine laringea, studiando 2 malati che presentavano nessun segno di tabe.

Negli anni consecutivi fu confermata da altri autori. Furono osservati casi da Casquet (1878), da Charcot nel 1879, da Bianchi nel 1883. Armstrong nel 1889 raccoglieva 21 casi di cui uno personale. Nel 1894 Garel e Collet riferirono 22 casi personali. Infine Jeanselme — nel luglio 1915 — riferì alla Società degli Ospedali, sotto la denominazione di ictus laringeo dei bronchitici 2 casi in cui escludeva come fattore la tabe. In seguito altri casi furono osservati, il che fa pensare che tale sindrome sia molto più frequente di quanto non sia stata descritta.

Un caso anche da me è stato osservato in questi ultimi anni, e siccome presentava segni caratteristici, ho creduto opportuno riferirlo.

Riguarda un uomo dell'età di 47 anni, tal G. Luigi, uomo di normale costituzione fisica, il quale nulla presentava di notevole nell'anamnesi famigliare.

Aveva avuti i comuni esantemi dell'infanzia; a 22 anni tifo, che si complicò con bronco-polmonite; a 23 anni polmonite lobare.

Era stato abile al servizio militare, ed aveva fatto la guerra.

Durante la guerra ebbe ripetuti attacchi di bronco-polmonite, dopo di che quasi tutti gli inverni, ha presentato disturbi bronchiali, che, in questi ultimi tempi si sono andati accentuando.

Si ammogliò all'età di 25 anni con donna sana, dalla quale ebbe 3 figli sani e robusti, e nessun aborto.

Non lue, nè altre malattie veneree; è stato discreto fumatore, discreto bevitore.

Ho esaminato per la prima volta il malato nell'inverno del 1929, quando fui chiamato per pronto soccorso al paziente, il quale, pochi momenti prima, era stato colpito da vertigini, ed era caduto a terra.

Accorso prontamente, trovai il malato dritto ed intento alle sue faccende, come se non avesse avuto mai alcun disturbo.

Mi riferì che pochi momenti prima, durante uno dei soliti attacchi di tosse stizzosa, di cui soffriva durante le stagioni fredde, da parecchi anni, avvertì un solletichìo in corrispondenza della gola, una congestione al viso, un annebbiamento della vista, una sensazione di annientamento, e subito cadde a terra senza conoscenza. Quasi immediatamente riacquistò la piena conoscenza, e fu capace di riprendere subito l'occupazione interrotta per la crisi. Non aveva emesso urine e feci involontariamente; non bava dalla bocca, non urlo iniziale, non vomito.

Il paziente non presentava alcun disturbo della memoria; esso si ricordava chiaramente ed immediatamente delle circostanze, che avevano preceduto il suo attacco, e asseriva che già dopo pochi minuti dall'attacco, non provava alcun malessere, alcuna nausea.

Il paziente mi riferì inoltre che tempo addietro aveva avuto un altro disturbo, ma molto più attenuato: dopo un solito attacco di tosse, aveva avvertito solletichìo alla gola, obnubilamento della coscienza, si accorse di perdere l'equilibrio, come di venir meno; si attaccò ad un sostegno e non cadde.

E. O.: all'esame obbiettivo il sistema scheletrico, la sanguificazione, la nutrizione erano normali. Nulla alla faccia, al collo, agli arti.

Tutti i movimenti possibili e normali.

Normale l'equilibrio statico e dinamico. I riflessi tendinei, muscolari, oculari, ecc. normali.

App. resp.: i limiti inferiori del polmone di circa 2 spazi intercostali più bassi. All'ascoltazione rantoli e ronchi per tutto l'ambito polmonare.

App. circolatorio: l'area di ottusità assoluta diminuita, i toni un po' deboli.

Nulla all'addome.

Diagnosi: l'evoluzione dell'attacco. Il solletichìo laringeo, l'accesso di tosse, che precede la perdita di coscienza, il ritorno istantaneo di essa, la lesione cronica dell'apparecchio respiratorio, orienta verso la diagnosi di *ictus laringeo non tabetico*.

Facilmente si esclude l'attacco apoplettico, per la respirazione rumoreggiante, stertorosa; per l'evoluzione sia verso la morte, sia verso la paralisi, con ritorno progressivo della coscienza ritorno che viene dopo ore e anche dopo giorni.

L'attacco epilettico è anch'esso ben caratterizzato, ed è facile differenziarlo dall'itto laringeo. Questo non si accompagna frequentemente da alcuna scossa, e se si produce è così leggera e ben differente dell'intensità abituale delle convulsioni epilettiche. Di più, i movimenti e le piccole scosse dell'itto laringeo, non sono precedute da una fase di contrattura. La morsicatura della lingua, la schiuma dalla bocca, la perdita di urine e di feci mancano nell'itto laringeo. In ultimo, dopo la crisi epilettica, il malato cade in un sonno profondo, resta prostrato, inebetito e non ha alcun ricordo dell'esordio dell'attacco.

Solo è da menzionare la difficoltà di diagnosi con l'epilessia, che si limita alla sola aura laringea (sensazione di angoscia respiratoria, di spasmo laringeo). In questi casi la ricerca minuziosa dei caratteri differenziali, eviterà l'errore.

Certi casi di epilessia larvata, di piccolo male, ove le crisi si svolgano con una perdita di coscienza breve, non accompagnati da convulsioni, rassomigliano molto all'itto laringeo, e potrebbe essere difficile la differenziazione. Ma è raro che in un individuo affetto da piccolo male, non si produca di tanto in tanto una crisi un po' più tipica. D'altra parte non si dimenticherà l'esordio dell'itto laringeo con l'attacco di tosse. Infine interverranno le circostanze etiologiche: l'itto laringeo sopravverrà specialmente dopo 40 anni, e sopratutto in bronchitici cronici.

La vertigine del Menier può anche accompagnarsi a caduta, ma il malato avverte un ronzìo violento, o un fischio intenso, acuto; più spesso in un solo orecchio. Poi sembra al malato che tutto gli giri intorno, e questa sensazione si esagera come se fosse spinto da una forza invincibile, e cade. Di più questo stato si accompagna spesso a nausea e a vomito, e dopo la crisi, il paziente s'accorge di essere sordo. Infine la perdita della coscienza è tutto affatto eccezionale al punto che la conservazione di essa era, per Charcot, uno dei caratteri essenziali per la vertigine del Menier.

L'ictus laringeo tabetico può talvolta essere identico, dal punto di vista clinico, a quello dei bronchitici; la diagnosi però, in questo caso, sarà puramente etiologica. Se si tratta di un soggetto che presenta l'enfisema polmonare con attacchi bronchitici, e se il malato non ha alcun segno di tabe, si diagnosticherà: ictus laringeo dei bronchitici. Se al contrario il paziente non presenta turbe respiratorie, ma ha segni di tabe conclamata, o frusta, si diagnosticherà: ictus laringeo tabetico. Alle volte però si potranno riscontrare casi imbarazzanti, in quanto coesisteranno i 2 elementi insieme, e allora la diagnosi differenziale potrà divenire impossibile.

Patogenesi. — La patogenesi dell'itto laringeo dei bronchitici costituisce una questione estremamente complessa per la soluzione, e al momento attuale è ancora incompleta ed ipotetica. La discussione è resa tanto più difficile, in quanto che noi non possediamo che dei dati molto vaghi sull'accesso, che è sì fugace nella sua evoluzione, e sfugge ad una investigazione clinica fruttuosa.

Molte sono le teorie proposte per spiegare la genesi dell'ictus laringeo dei bronchitici, ma 2 sono quelle che hanno maggior valore: *la teoria circolatoria e la teoria riflessa.* Esse ammettono tutte e due una irritazione delle vie respiratorie superiori, come punto di partenza di un eccitamento centripeto, che seguirà le vie del nervo laringeo superiore.

1) *Teoria circolatoria.* — L'eccitamento laringeo, dicono i partigiani della teoria circolatoria, è trasmesso al bulbo, qui esiste il centro respiratorio, e produce le scosse espiratorie che costituiscono la tosse. Grazie all'aumento della pressione intra-toracica, causato dalle scosse di tosse, la circolazione di ritorno è molto stentata, da dove la turgescenza delle vene giugulari, la colorazione violacea della faccia. Per il fatto della diminuzione della massa di sangue venoso nel torace, i ventricoli inviano una quantità minore di sangue nelle arterie. Così si trovano realizzate, grazie a questo perturbamento locale, la congestione venosa e l'anemia arteriosa, in particolare nei centri encefalici. La nutrizione della sostanza corticale sarà così profondamente turbata, e ne risulterà un fenomeno di inibizione, potendo andare fino alla perdita della coscienza.

2) *Teoria riflessa.* — La teoria riflessa considera la turba respiratoria e la inibizione cerebrale, come a conseguenze di una medesima causa: l'eccitamento periferico del nervo laringeo superiore.

Ricerche recenti sul riflesso oculo-cardiaco — molto frequentemente constatato in questi ammalati — apportano un novello elemento di interpretazione. Esse mettono in evidenza il fatto che in questi malati esiste una ipereccitabilità del nucleo bulbare del pneumogastrio. Allora essendo nota l'influenza considerevole di questo nucleo bulbare sulle funzioni respiratorie e circolatorie, vien fatto di pensare che l'eccitazione violenta che si determina all'esordio dell'itto, si rifletta istantaneamente e con intensità sugli apparecchi respiratorio e circolatorio.

Qualunque sia la teoria ammessa, resta da spiegare perchè gli ictus sopravvengono solamente in certi bronchitici cronici. Si può pensare che l'ipereccitabilità del nucleo del pneumogastrio costituzionale o acquisita, intervenga per facilitare la comparsa di questi accessi. Ma questa ipotesi è anche essa da sola insufficiente, ed altre cause favorevoli, non ancora conosciute, interverranno verosimilmente.

Prognosi. — La frequenza dell'ictus è variabilissima. Si sono segnalati dei malati che hanno presentato fino a 15 attacchi in una giornata, altri che ne hanno presentati 1 o 2 nel corso di tutto un inverno. Nei bronchitici cronici, negli asmatici, negli enfisematosi, più spesso compaiono nel cambiamento delle stagioni, in occasione di attacchi di laringo-bronchite. Si posson rinnovare in ogni inverno. In certi casi scompaiono per qualche anno, questa scomparsa è alle volte definitiva, alle volte passeggera.

Malgrado, alle volte, l'aspetto impressionante dei pazienti colpiti, l'itto non porta mai alla morte; la prognosi quindi è favorevole.

Terapia. — Se vi sono segni premonitori dell'attacco, si consiglia al malato di spalmare la gola, quando comincia solletichio laringeo, con una soluzione di cocaina all'1/20, oppure succhiare delle pasticche contenenti la cocaina nelle stesse proporzioni; se vi sono nella gola, nel naso, nel faringe lesioni evidenti, vanno rimosse o medicate.

In tutti i casi poi si cercherà di calmare l'ipereccitabilità generale di questi malati, per cui

si proscriverà tutto ciò che è eccitante del sistema nervoso: il tè, il caffè, l'alcool, il tabacco, ecc. In pari tempo si prescriveranno i rimedi antispasmodici e calmanti, come il bromuro, l'antipirina, la valeriana, i bagni caldi, ecc.

L'esagerazione del riflesso oculo-cardiaco, permette di attribuire una certa parte all'ipertonia del pneumogastrio nella genesi dell'ictus laringeo. Data l'influenza calmante della belladonna sul nervo vago, si somministrerà tale rimedio, come medicamento di scelta.

Si consiglierà nei bronchitici cronici, ove si riveli la tendenza agli attacchi di ictus laringeo, la somministrazione giornaliera di 3 o 4 pillole contenenti ognuna 1 cgr. di estratto di belladonna.

Si potrà sostituire la belladonna con l'atropina, e prescrivere mezzo milligrammo di solfato di atropina due volte e anche tre al giorno.

Roma, gennaio 1933.

RIASSUNTO.

L'A. conclude che l'ictus faringeo dei bronchitici consiste in capogiro con caduta e perdita di coscienza. Il disturbo di brevissima durata non lascia alcun postumo, e il malato ritorna allo stato di prognosi fausta normale rapidamente.

Tale disturbo si determina in alcuni malati di lesioni croniche dell'apparecchio respiratorio, specialmente dopo i 40 anni.

Nulla di comune ha il male con l'icto tabetico ed è facilmente distinguibile con le forme fruste epilettiche.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Una nuova sonda duodenale. L'importanza della sonda duodenale nelle affezioni delle vie biliari

di M. KUENSZTLER, Budapest.

La sonda duodenale rende al medico eminenti servigi a scopo diagnostico e al tempo stesso terapeutico nelle affezioni delle vie biliari. Sebbene questo mezzo venga ogni giorno più facendosi strada nel campo sanitario, la sonda non ha ancora raggiunto quella diffusione di impiego che meriterebbe. La sua azione può venire succintamente espressa così: *Il medico può con la introduzione intraduodenale della sonda ottenere nelle infiammazioni delle vie biliari lo stesso effetto che otterrebbe il chirurgo che introducesse durante un intervento laparatomico, un tubo da drenaggio nel coledoco.* Su questa sua efficacia si basa il suo uso diagnostico-terapeutico.

PARTE I. — In condizioni normali le vie biliari si comportano come segue con la sonda duodenale: Il coledoco, all'infuori della fase digestiva rimane chiuso; la bile, la cui secrezione è continua, viene spinta nella vescichetta biliare. Se ora noi introduciamo la sonda, non troviamo bile nè nello stomaco nè nel duodeno. Ma se la sonda permane per un poco nel duodeno ecco che, per l'eccitazione prodotta da questo corpo estraneo, si apre dopo breve tempo (5-15 minuti) lo sfintere del dotto coledoco. Appaiono allora successivamente la bile del coledoco (bile A) e, poi, la bile epatica di fresco emessa (bile C). Queste sono di color giallo oro e di uguale intensità di colore: la secrezione di 5 minuti raggiunge i 5-10 cmc. Il coledoco espelle il suo contenuto a intervalli determinati (1-3 volte in 5 minuti). Ora se noi vogliamo raggiungere la vescichetta biliare (bile B) occorre provocare una eccitazione più forte. Il mezzo più sicuro consiste nell'iniettare nel duodeno 25 cmc. di olio e nello stringere poi il tubo della sonda per 10 minuti. Dopo una pausa di 10-15 minuti (stadio di latenza) si vedrà fluire con violenza la bile colore marrone scuro della cistifellea.

Vediamo ora come contrariamente a quanto precede si svolgono queste azioni in condizioni patologiche.

DIAGNOSTICA. — *In infiammazioni acute,* ad. Colangioite ed Ittero Catarrale. Itt. luetico; Salvarsan-Ittero. — L'attività espulsiva del coledoco è praticamente immutata. L'infiammazione attacca l'apparato neuro-muscolare di

questi canali e provoca una paralisi del coledoco, che secondo le mie osservazioni può considerarsi una atonia.

Il semplice apparire della sonda nel duodeno basta a riattivare il meccanismo espellente. Si manifesta un flusso biliare molto abbondante, la cistifellea è molto più scura del normale. *In tutte queste affezioni l'attività espulsiva diventa molto intensa, una volta che il fluire della bile viene promosso dall'eccitazione della sonda.*

Ben inteso in tutte queste malattie di carattere acuto anche lo stesso parenchima del fegato è malato, ma qui la prima causa dell'Ittero *è data dall'arresto del flusso della bile.* Nelle colangioiti *croniche* manca spesso l'ittero e la febbre. In questi mali sussiste una pronunciata tendenza allo spasmo: la valvola chiusa non dà che molto tardi passaggio alla sonda (80-120 minuti), lo stadio di latenza sotto reazione dell'iniezione d'olio dura molto a lungo (40-80 minuti), la valvola semichiusa lascia gemere spesso scarsissima bile sicchè in 5 minuti se ne raccolgono solo 2-5 cmc.

Calcoli del coledoco. — È noto che il coledoco può essere affetto da calcoli, senza che per questo sia impedito il fluire della bile. Se però esso presenta una ostruzione meccanica, questa può venire avvertita diagnosticamente con l'aiuto della sonda. Se esso coledoco è del tutto ostruito non si riesce a trovare con la sonda, alcuna traccia di bile; se invece l'ostruzione è parziale allora si riscontra della bile, ma in quantità troppo piccola per il periodo di 5 minuti: cmc. 2-5 sono sproporzionati alla gravità dell'ittero. *Appunto questa discrepanza fra la intensità dell'ittero e la esiguità dei singoli flussi, denuncia un intoppo di indole meccanica.* Sulla base di queste esperienze si è visto che la sonda è un mezzo di assoluta sicurezza per *distinguere la colangioite acuta dall'ostruzione calcolare del coledoco.* Entrambe presentano un ittero intenso. Nella infiammazione acuta, il coledoco risponde entro pochi minuti con un abbondante flusso di bile. Quando si ha una ostruzione completa, nessuna bile appare all'eccitazione locale prodotta dalla sonda; se l'ostruzione è parziale, nel periodo di 5 minuti la secrezione si verifica, ma molto scarsa.

TERAPIA. — Nelle infiammazioni acute, si riesce con sondaggi ripetuti e prolungati (2-5 ore) a debellare prontamente la malattia: l'ittero e la febbre ben presto diminuiscono. Nelle infiammazioni croniche, gli stimoli spastici, possono esser fatti cessare coi sondaggi. Nelle ostruzioni da calcolo si riesce talora precisamente a fare emettere il calcolo: cosa questa però sulla quale non bisogna in generale contare. Invece si può essere certi di riattivare molto spesso il flusso della bile. Il calcolo scivola all'indietro, nella parte vicina alla porzione di coledoco dilatata, e sopra lui scorre abbondante la bile. In tal modo si riduce notevolmente l'ittero od anche lo si può eliminare. Anche la colangioite, spesso concomitante, migliora: i violenti brividi, la febbre alta (39°-40°) spesso scompaiono nel momento stesso in cui si riattiva il fluire della bile. In questo modo possiamo far sì che i malati siano suscettibili di venire operati: cosa questa di valore terapeutico grandissimo. Poichè operando questi pazienti affetti da settimane o da mesi di itterizia, buona parte di essi soccombevano all'operazione od alla malattia.

La sonda duodenale permette ancora di guarire definitivamente dei casi *recidivi* causati da postumi di colangioite (la maggior parte sono appunto di questa natura). Le ricadute provocate da impedimenti meccanici (calcoli per raggrinzimento o inginocchiamento) debbono naturalmente venire sottoposte a operazione.

Se ora dunque ci si chiede donde provenga il fatto che la sonda duodenale, malgrado queste sue eminenti caratteristiche abbia trovato così poco consenso presso il medico pratico, non possiamo trovare che una spiegazione. L'uso delle antiche sonde è così complicato, la loro introduzione intraduodenale richiede un così lungo tempo, che non era possibile, date queste manchevolezze, che esse trovassero diffusione nella pratica generale. Io ho costruita una nuova sonda duodenale il cui uso è oltremodo semplice. Inoltre l'intiera operazione della introduzione intraduodenale non richiede nel suo complesso più di 8-10 minuti.

PARTE II. — *La nuova sonda duodenale.* — Nei sondaggi del duodeno vi sono due difficoltà da eliminare. Dapprima: quella di inghiottire la sonda, poi ancora il complicato passaggio della stessa dallo stomaco al duodeno. Molti malati inghiottono con enorme difficoltà la sonda causa il violento sforzo di vomito, che ciò procura. Dopo di che trascorre ancora un tempo — indeterminato — (30-90 minuti) prima che la sonda possa passare dallo stomaco nel duodeno.

In contrapposto a quanto sopra, il medico può in pochi secondi spingere la nuova sonda nello stomaco del malato. Oltre a ciò questa

nuova sonda passa in 5-6 minuti dallo stomaco nel duodeno.

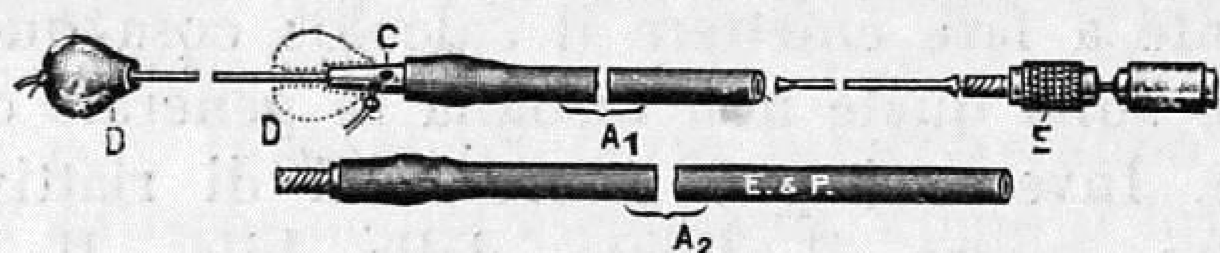


FIG. 1.

DESCRIZIONE. — La nuova sonda duodenale è lunga 165 cm. e verso l'80° cm. è divisa in due parti: sonda anteriore A 1 e tubo di rallunga A 2. Il mandrino E attraversa soltanto la sonda anteriore ed è lungo 84 cm. Queste due parti della sonda sono congiunte fra loro mediante un doppio raccordo a vite: B 1 e B 2. All'opposta estremità della sonda anteriore si trova il cono forato C collegato ad una pallina conduttrice D mediante un filo di seta rinnovabile. La pallina conduttrice D si adatta esattamente alla estremità del cono C (fig. 2). Ora introducendo il mandrino nella sonda anteriore e avvitando il collaretto di fissaggio sulla metà del raccordo a vite B 1 della sonda anteriore (fig. 2), si raggiunge un doppio effetto: si rende rigida la sonda anteriore e la si mantiene tale, e si trattiene ferma la pallina D agganciandone il filo alla estremità del cono C. Così disposta, la sonda anteriore è pronta per venire introdotta. La sonda ha un diametro di mm. 4,5; il lume interno è di mm. 2,5.

Sua graduazione: a 46 cm. di distanza dal cono è segnato un V (ventricolo) a 56 cm. un P (antro pilorico) e finalmente a 75 cm. un D (duodeno).

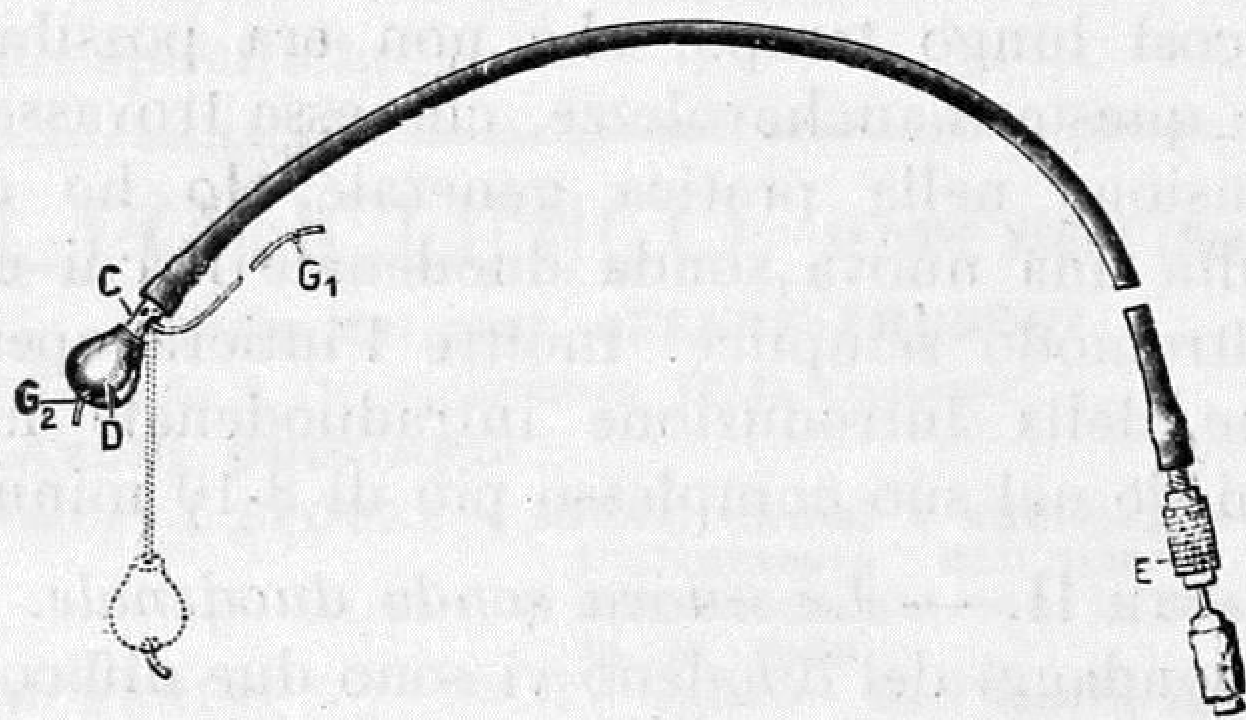


FIG. 2.

Uso. — La sonda anteriore, irrigidita dal mandrino e con la pallina fissata alla estremità del cono, viene in qualche secondo introdotta nello stomaco del malato. Il mandrino viene svitato ed estratto con grande precauzione e il tubo di rallunga avvitato immediatamente in aggiunta. Nell'istante in cui il mandrino viene estratto la pallina conduttrice, causa il proprio peso si stacca dal cono nello stomaco (fig. 3).

Al primo sopravvenire della peristalsi stomacale la pallina viene afferrata e spinta nel duodeno trascinandovi poi la sonda nello spazio di un minuto mediante il filo di seta fissato al cono. Non di rado questa pallina viene immediatamente afferrata dalla peristalsi stomacale e spinta nel duodeno: *in questo caso il sondaggio gastro-duodenale dura dai 2 ai 3 minuti;* tutto dipende dalla peristalsi stomacale. Un altro essenziale vantaggio della nuova

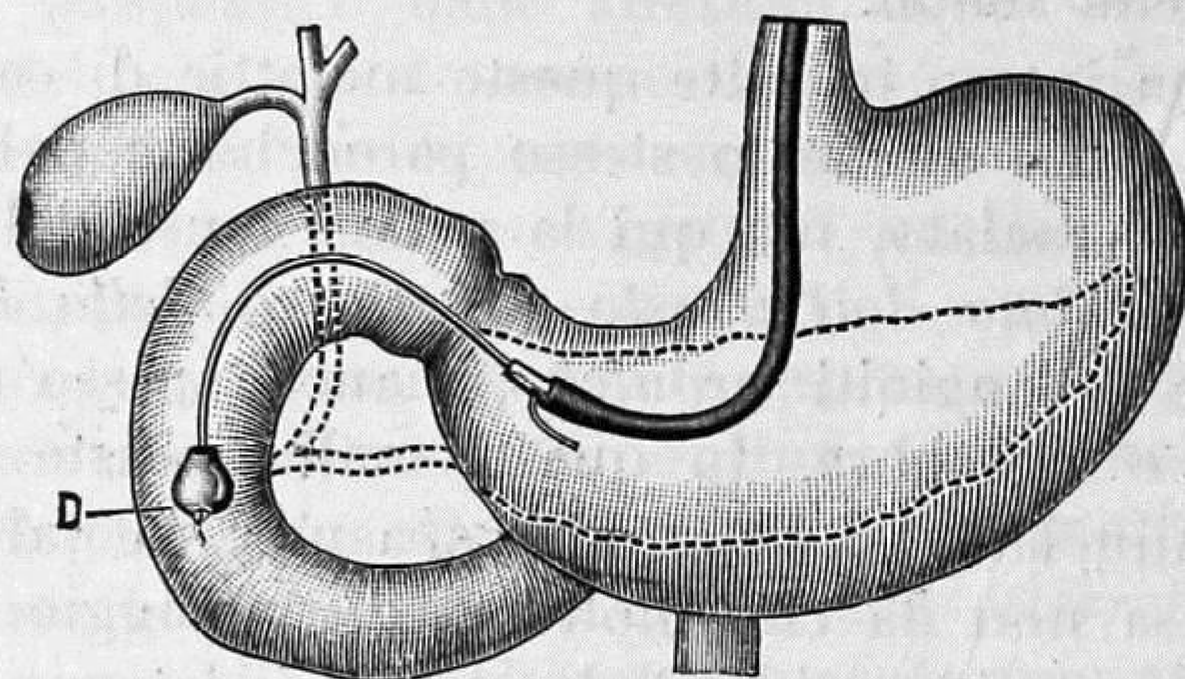


FIG. 3.

sonda è quello di *poter essa penetrare nel duodeno sia stando il paziente seduto che stando egli disteso sul fianco destro.*

Ora la sonda viene nel modo seguente spinta nel duodeno. Il malato inghiotte la sonda (già spinta fino a cm. 46) per altri cm. 10 (fino a cm. 56) dopo di che per 6-8 minuti si adagia sul fianco destro. Durante questo tempo si lascia sgocciolare il contenuto dello stomaco digiuno. Dopo questo periodo di tempo, il paziente continua ad inghiottire a poco a poco la sonda, la quale giunta ai 75 cm. si trova già affondata nel duodeno.

Orientamento sulla posizione della sonda. — A questo scopo credo opportuno dare le indicazioni seguenti: Se con l'aiuto della siringa immettiamo 50 cmc. di aria e restiamo in attesa per lo spazio di un minuto, se la sonda è veramente penetrata nel duodeno, ricuperiamo soltanto una frazione dell'aria introdotta (2-10 cmc.); questo perchè la parte maggiore dell'aria introdotta entra nello stomaco. Se per contro la sonda si trova nello stomaco allora possiamo ricuperare l'aria immessa, nella sua totalità, talora anche di più, poichè lo stomaco sovente contiene una certa quantità di aria. Se il tubo digerente subisce delle contrazioni spastiche, l'aria che avremo introdotta non verrà più spinta fuori. Il tubo digerente, che si contrae spasmodicamente serra talmente la sonda e tura le sue finestre laterali in modo da impedire assolutamente il ritorno dell'aria nel tubo della sonda. Quando lo spasimo si è estinto riappaiono nuovamente i sopra citati sintomi.

CASI NEGATIVI. — La sonda mantiene la sua promessa: essa veramente penetra in 6-10 minuti nel duodeno. Però è condizione *sine qua non* che esista anche effettivamente la peristalsi. che spinge avanti la sonda. Nel caso in cui invece esista uno spasimo dell'antro pilorico o del piloro stesso, allora la sonda rimane immobile nella parte infundibolare dello stomaco. Però questo spasmo può venire eliminato nel miglior modo (anche se non assolutamente in ogni caso) col seguente ben noto intervento artificiale. La sonda deve essere ritirata fino al cm. 56 poi si deve alcalizzare il contenuto dello stomaco iniettandovi una *soluzione satura* di carbonato di sodio (un cucchiaio da caffè per 50 cmc. di acqua). Spinta che sia questa soluzione nello stomaco, facciamo nuovamente inghiottire la sonda fino a 75 cm. Se con questo intervento il crampo non è cessato si deve interrompere il sondaggio e rimandarlo di uno o due giorni.

RIEPILOGANDO:

1) Il medico, può introdurre la nuova sonda duodenale nello stomaco del malato nello spazio di qualche secondo.

2) Non appena sopravviene la peristalsi stomacale la pallina di guida viene immediatamente afferrata e sospinta nel duodeno ove nello spazio di un minuto trascina la sonda.

3) *Per l'intiero sondaggio duodenale si impiegano complessivamente da 6 a 10 minuti di tempo.*

Questo metodo venne dall'Autore elaborato nella III Clinica Medica della R. U. di Budapest, diretta dal prof. Barone A. von Korányi.

RIASSUNTO.

1) La nuova sonda semplifica e accelera il sondaggio duodenale così da renderlo accessibile anche al medico non specialista. Si pone inoltre in rilievo lo straordinario valore diagnostico, analitico e terapeutico della sonda duodenale.

2) Il nuovo metodo venne elaborato dall'A. nella III Clinica Medica della R. U. di Budapest (direttore: prof. Barone A. von Korányi).

3) Con la nuova sonda l'intiera introduzione intraduodenale richiede da 6 a 10 minuti. La sonda duodenale rende possibile:

a) di distinguere la colangioite acuta dall'ostruzione meccanica del coledoco;

b) di guarire definitivamente la colangioite acuta, e di rendere molto spesso operabile una ostruzione del coledoco causata da calcolo.

LETTERATURA.

KUENSZTLER. Archiv fuer Verdauungskrankh., Bd. XLVIII, Heft 3-4, 1930. *Eine neue Duodenalsonde. Die Rolle des Verweilschlauches in der modernen Pathologie.*
ID. Orvosi Hetilap, Nr. 3-4, 1931.
ID. Medizinische Welt, Nr. 33, 1931.
ID. Zentralblatt f. Chirurgie, Nr. 47, 1932.

QUESTIONI D'ATTUALITÀ

L'uva nell'alimentazione e nella terapia.

In seguito ad una saggia e vivace propaganda e ad una certa modificazione che si va attuando nelle nostre abitudini, è venuto ad aumentare di molto in Italia il consumo dell'uva da tavola, che è passato dai due ai cinque milioni di quintali all'anno. Indice questo di una più benintesa alimentazione, che meglio comprende i grandi vantaggi delle frutta e sa apprezzare a dovere i prodotti del ferace suolo d'Italia ed è da augurarsi che il consumo venga ancora aumentando.

L'uva, per la sua composizione stessa (1), costituisce un ottimo alimento, non tanto per il suo valore energetico bruto espresso in calorie (700-800 circa per Kg.), che potrebbe ottenersi con altri cibi ed a prezzo assai più basso, quanto per altre sue qualità. Anzitutto, essa risulta gradita di per sè stessa e come tale viene mangiata volentieri e meglio assimilata. Il suo contenuto in acidi organici ed in vitamine la rende molto utile. Grande importanza hanno anche le sostanze minerali, tanto più apprezzabile oggi che si viene conoscendo il notevole significato che spetta agli elementi minerali nella dieta. Accanto ai sali di potassio, che predominano (62 %), troviamo quelli di sodio, di calcio, di magnesio, di ferro, di manganese e fra gli acidi, oltre al solforico, cloridrico, borico, il silicico (2,18 ‰) ed il fosforo (17 ‰), che esiste in forma minerale ed in combinazioni organiche.

Anche i vari fermenti che si trovano sulla buccia hanno forse una certa importanza. Il loro numero è elevato: da 20.000 a 100.000 per

(1) I componenti dell'uva sono:

Zuccheri, che nell'uva matura arrivano al 20 % circa e sono costituiti da parti uguali di destrosio e levulosio (nell'immatura predomina il destrosio).

Acidi organici: tartarico, racemico, malico, formico, ossalico; nell'uva immatura anche succinico, glicolico, gliossilico, tannico.

Sali di acidi organici: tartrati acidi e neutri.

Corpi azotati: proteine, sali di ammonio, basi organiche, nitrati, lecitine, nucleine.

Enzimi: ossidasi, invertasi, laccasi.

Sostanze estrattive non azotate: inosite, gomma, pectina, quercitina, flabofeni, olii essenziali, sostanze coloranti e corpi di natura indeterminata.

Sostanze minerali.

cmc. di mosto nelle uve con acino grosso, da 80.000 a 200.000 in quelle ad acino piccolo. Predominano i saccaromiceti ed affini, di cui Müller Thurgan trovò 22 milioni su 100 acini. Non è improbabile che essi esercitino nell'intestino un'azione non dissimile da quella dei fermenti lattici, sicchè di tali fermenti si sono allestite anche delle culture che avrebbero una certa efficacia in varie malattie (cutanee e gastrointestinali).

Vi sarebbe, inoltre, attaccato alla buccia un fermento proteolitico, che scioglie l'albumina trasformandola in peptone.

Gli effetti principali dell'uva sono stati affermati già dalla Scuola salernitana:

Provocat urinam mustum, cito solvit et inflat.

L'azione principale è appunto quella *diuretica.* Come e perchè l'uva provochi una modica diuresi non si comprende bene; certamente non con lo stesso meccanismo di molti altri diuretici, tanto più che l'urina rimane acida, pure abbassando il tasso di acidità. L'uva viene pertanto consigliata nei catarri vescicali; risulta però inefficace nelle idropisie.

Un'altra proprietà è quella *lassativa,* favorita di molto dall'ingestione della buccia. Nelle modiche stitichezze l'uva è quindi consigliabile, purchè si eviti un eccesso, che può provocare diarree ed anche — a causa del contenuto in acidi — del catarro intestinale.

Il rigonfiamento del ventre, accennato dalla Scuola salernitana, è probabilmente dovuto a produzione di gas dal glucosio, da parte dei batteri intestinali; dalla varietà delle razze di questi, diverse secondo gli individui, dipende il fatto che negli uni tale produzione di gas è maggiore che negli altri.

L'enocianina, che si trova nell'uva nera, da sola o combinata col tannino, avrebbe effetto tonico.

Fra le varie malattie in cui viene consigliata la cura d'uva citiamo: certe dispepsie, l'obesità, la gotta, la litiasi urica ed epatica, la pletora epatica, certe dermatosi artritiche, nonchè le malattie renali in cui l'uva agisce come dieta che risparmia i reni. La scarsa quantità di albuminoidi che l'uva contiene rende però impossibile continuare a lungo una dieta di sola uva.

Con una dieta azotata e carnea, l'uva se ben digerita agisce secondo U. Hoffmann, come tonico e corroborante.

Buoni risultati sono riportati anche per la tubercolosi, in cui essa migliorerebbe le condizioni della nutrizione; il contenuto in silice potrebbe in parte spiegare tale azione.

v. Noorden e H. Salomon riferiscono di avere ottenuto buoni effetti nell'iperacidità gastrica somministrando una dieta a base di uva (o di mosto), con 200-300 grammi di noci o nocciuole e 2-3 uova crude. In tal modo, scompaiono i forti dolori, in un periodo di 4-6 settimane, dopo di che, si può passare ad una dieta più ricca. Durante tale cura, si osserva una perdita di peso.

Nettamente controindicata è invece l'uva, come in generale le frutta crude, nell'ulcera gastro-duodenale.

L'uva è anche bene tollerata dal diabetico, in quanto che, come si è accennato sopra, il glucosio vi si trova per la metà circa sotto forma di levulosio, più tollerabile del destrosio.

La cura dell'uva può talvolta provocare qualche disturbo, specialmente se l'uva è piuttosto acida. Oltre al catarro intestinale a cui si è accennato, si hanno talora dei fatti infiammatori alla lingua, alle labbra ed alle gengive che, se non si osserva una buona igiene dentaria o si esagera nella cura, possono anche portare alla caduta dei denti.

Con la buccia o senza? Il dubbio... amletico fa capo a scuole diverse, l'una delle quali, forse un po' troppo semplicista, sostiene fra l'altro, addirittura, che i vinaccioli agiscono come i pallini di piombo che si usano per lavare le bottiglie producendo una energica pulizia dell'intestino; l'altra che invece dimostra il danno che bucce e vinaccioli possono produrre.

Come sempre, *in medio stat virtus.* E, se è preferibile ingerire anche la buccia, per la sua azione meccanica e per i principî che essa contiene (fermenti, vitamine, diastasi ed una quantità di sostanze minerali più che decupla di quella della polpa), non è men vero che in qualche caso essa agisce irritando la mucosa intestinale e, provocando più facilmente diarrea, determina una perdita di sostanze alimentari. Vi sono poi individui per i quali riesce impossibile l'ingestione della buccia.

Nelle varietà a buccia sottile, questa riesce più facilmente ingeribile e digeribile; è pure possibile ottenere degli acini con pochi o punti vinaccioli (*seedless*). Ma in generale, il viticultore preferisce per le uve da tavola le varietà a buccia grossa, che sopportano più facilmente il trasporto.

Esecuzione della cura. — È bene non consumare quantità eccessive (non oltre 3 kg. al giorno) e soprattutto saggiare la sensibilità individuale. Si scelgano le qualità poco acide e ben mature; da taluno si osserva che l'uva troppo matura — per l'elevata quantità di zucchero — non è conveniente.

Si consiglia di consumare la metà della razione giornaliera al mattino, a digiuno, 1/4 prima del pasto di mezzogiorno ed 1/4 prima di quello della sera. Nelle stazioni ampeloterapiche, il paziente stesso coglie l'uva al mattino, con la rugiada e la mangia senza lavarla; la lavatura, si osserva, che è necessaria per l'uva che si acquista sul mercato, asporta i fermenti aderenti alla buccia, capaci di facilitare la digestione e l'assimilazione.

Gli autori tedeschi indicano, per la cura di

uva, delle diete che non si conformano affatto con le nostre abitudini; mi risparmio perciò di citarle. In generale, si tenga presente che l'albumina che si trova in quantità assai scarsa nell'uva, va fornita con altri alimenti; mentre si eviteranno altri cibi troppo ricchi in cellulosa e sostanze inutilizzabili che si trovano già in quantità sufficiente nell'uva.

La cura d'uva, come si è veduto, può avere qualche utilità in alcuni stati morbosi, ma si deve evitare di cadere in dannose esagerazioni dettate dalla moda e di considerarla una panacea od un rimedio molto attivo. Associata ad altre misure, può in qualche caso rendere utili servigi, ma soprattutto il suo consumo deve essere incoraggiato, consigliando l'uva come alimento gustoso e sano, che apporta dei fattori nutritivi e degli elementi di grande utilità per il nostro organismo. A. FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

SINDROMI DOLOROSE.

Il dolore in ginecologia.

(*II Congresso francese di ginecologia. Rev. franç. de gyn. et obst.*, giugno 1933).

Patogenesi dei fenomeni dolorosi in rapporto con le nozioni anatomiche (F. e G. JAYLE). — Si viene precisando l'idea che, escluse in parte le infezioni, la causa delle manifestazioni morbose, fra cui il dolore, va ricercata nello stesso organismo della paziente e specialmente nella sua eredità, di razza, di tipo e soprattutto di degenerazione.

Sull'apparato genitale femminile, l'eredità di degenerazione si manifesta con lesioni congenite diverse dell'ovaio e dell'utero e con disembrioplasie nelle mucose uterine ed ovariche.

Su un terreno così predisposto, le infiammazioni e le intossicazioni fisiche e chimiche agiscono più fortemente che sul terreno normale. Così si spiega l'immensa varietà delle reazioni dolorose.

La terapia deve sempre tener conto dell'eredità, anche in chirurgia, evitando pertanto un trattamento unico per tutti i casi. Ma essa va soprattutto diretta alle giovani, specialmente alla bambina ed alla giovanetta; la partenologia, conclude l'O. è la base fondamentale della ginecologia.

Valore del sintoma dolore in ginecologia (A. BINET). — Vi sono dei casi in cui, per l'intensità e per la localizzazione, il dolore presenta caratteristiche tali da acquistare una reale importanza per la diagnosi:

1) Dolore acutissimo. Quello che accompagna, p. es., la torsione di una cisti ovarica o la rottura di una sacca salpingea è quasi patognomonico. La psicopatia non può realizzare una tale acuzie dei sintomi dolorosi

2) Dolore acuto. Ancor più tipico è quello che accompagna la salpingite, il flemmone del legamento largo, la bartolinite, in quanto che l'esame genitale è ancora più agevole.

Alcuni caratteri speciali del dolore facilitano la diagnosi; così accade per i dolori provocati. La pressione esercitata su una cicatrice del collo uterino permetterà di diagnosticare un chiodo di Emmet; la stessa pressione esercitata sull'ovaia rivelerà un'ovarite sclero-cistica. Il dolore che si presenta ad una data fissa nel periodo intermestruale orienterà la diagnosi verso un disturbo dell'ovulazione. Dimostrativi sono altresì i dolori espulsivi del polipo fibroso dell'utero.

3) Dolori subacuti e cronici. Sono questi che offrono le maggiori difficoltà di diagnosi. Sono di fatto legione le donne che si presentano per un semplice indolenzimento del ventre, una sensazione di pesantezza, talora delle manifestazioni a distanza, algie lombari od altre.

Si dovranno, in tal caso, stabilire i fatti seguenti:

a) il rapporto del dolore con un'affezione organica genitale (metrite, fibroma, retroversione, cisti ovarica, ecc.) o con una genitopatia funzionale;

b) se l'esame non rivela che una lesione insignificante dell'apparecchio genitale, entrerà in questione l'esagerazione psichica;

c) In qualche rarissimo caso, in assenza di ogni segno fisico locale ed in presenza di stigmate psicopatiche, si penserà ad un'algia puramente centrale.

Si tenga presente che lo stato fisiologico, la recettività della malata al dolore è assai mutevole e si adatta alle varie fasi del ciclo mestruale. L'interpetrazione cerebrale del dolore varia in proporzioni molto considerevoli secondo gli individui e le circostanze.

I dolori addomino-pelvici (X. COLANERI e E. DOUAY). — Il carattere principale di questo dolore è quello di essere influenzato dalla mestruazione. Si può dire che il dolore ginecologico è sotto la dipendenza del ciclo estrale della donna.

La varietà che maggiormente interessa il ginecologo è il dolore mestruale, la dismenorrea, ma bisogna aggiungervi: il dolore intermestruale o dolore di ovulazione e quello premestruale, o dolore di congestione ovarica.

Tutto questo argomento costituisce il capitolo dei piccoli dolori, che ritornano periodicamente, che il medico tenta di calmare e che il ginecologico studia per diagnosticarne il meccanismo, in modo da prevenirne la comparsa e dare la guarigione definitiva.

Esiste un altro capitolo, quello delle grandi crisi dolorose addomino-pelviche, che sorprendono la donna in buona salute apparente, minacciandone la vita ed esigendo decisioni chirurgiche tempestive e gravi. Le affezioni pelvi-

che che possono provocare queste grandi crisi dolorose sono: la gravidanza extrauterina, la peritonite generalizzata da lesione utero-annessiale, gli accidenti di torsione e l'occlusione intestinale di origine pelvica.

Sono poi da menzionare i dolori permanenti, che possono avere un substrato anatomico in vecchie lesioni dell'utero o degli annessi; oppure può trattarsi di nevralgia pelvica, di cui l'esame non sa dare la ragione.

Interessante e molto utile per la diagnosi è il dolore provocato dallo stesso esame ginecologico.

I dolori extrapelvici nelle affezioni ginecologiche (A. LAFFONT). — Non sono rari questi dolori a distanza, che possono aver sede in un punto qualunque, ma di preferenza alle regioni toracica, scapolo-omerale o cervico-nucale, donde la denominazione di « dolori elevati », con cui l'O. li designa.

Nelle affezioni utero-annessiali e nei versamenti limitati alla sfera pelvica, i dolori elevati indicano:

a) un riflesso simpatico, quando si manifestano a distanza con dolori viscerali, dovuti alla perturbazione secondaria di un viscere, in occasione di una lesione genitale. Sono queste le visceralgie, che appartengono al grande gruppo delle deuteropatie di origine genitale;

b) un riflesso, ad un tempo simpatico e cerebro-spinale, quando si manifestano sotto la forma di dolori superficiali (detti: dermalgie, dermatomi dolorosi, topoalgie riflesse, dolori riferiti ai tegumenti) secondo il meccanismo del riflesso viscero-sensitivo di Head-Mackenzie.

Nei versamenti liberi che raggiungono l'addome superiore, i dolori elevati sono l'espressione di una neuralgia frenica, dovuta all'irritazione dei filetti nervosi del diaframma, da parte della massa sanguigna. Sono, in tal caso, la manifestazione di un riflesso cerebro-spinale.

I dolori a distanza, che compaiono nel corteo dei fenomeni dolorosi pelvici, sono stati a lungo interpetrati come semplici irradiazioni dei dolori pelvici, misconoscendone così la loro interpetrazione fisio-patologica ed il loro valore diagnostico.

Quando compaiono da soli, od occupano per l'intensità e la brutalità delle manifestazioni il primo piano del quadro clinico, essi possono indirizzare la diagnosi verso altri organi. Si è pensato in questi casi a colica epatica, ad artrite scapolo-omerale, a violenta neuralgia, ad ulcera gastrica perforata, ad intossicazione grave.

Si osservano nelle affezioni utero-annessiali, specialmente delle infezioni salpingo-ovariche e, più raramente, nelle gravidanze angolari e nell'aborto.

Ma è specialmente nella gravidanza extrauterina che si manifestano, senza dubbio a causa dell'intensità durante tale affezione. In tal caso acquistano un grande valore diagnostico specialmente quando sono tardivi e si manifestano qualche istante dopo il dolore pelvico.

Localizzati dallo stesso lato o da quello opposto alla rottura (dolore crociato), precoce o tardivo, associato ad altri dolori pelvici od isolato dalla sindrome ectopica, il dolore elevato può essere nei casi dubbi di difficile interpetrazione, un sintoma prezioso di perturbazione pelvica, di uno stillicidio sanguigno che distende il cavo del Douglas e minaccia di invadere la cavità peritoneale.

Il dolore elevato diventa in tal caso il segno d'allarme che comanda l'intervento d'urgenza e merita entrare nel quadro nosologico della gravidanza extrauterina.

Quando esso si manifesta senza una causa conosciuta, costituisce di per sè stesso una ragione sufficiente per imporre subito l'esame ginecologico più prudente ed attento.

Trattamento del dolore in ginecologia. Indicazioni generali (L.-M. PIERRA). — L'O. considera dapprima le indicazioni generali del trattamento nelle varie affezioni ginecologiche in cui il dolore costituisce uno degli elementi principali, studiando in seguito i trattamenti medici e quelli fisioterapici (idroterapia e cure minerali). Stabilisce due principi fondamentali, che cioè quasi sempre il dolore ha come base una lesione anatomica sia pure minima e che quasi sempre il dolore è esagerato da un fattore psichico.

La prima indicazione è quella di calmare il dolore al momento della crisi parossistica, cosa relativamente facile, con i comuni metodi analgesici.

La seconda è quella di calmare i fenomeni dolorosi nell'intervallo delle crisi e di impedirne il ritorno; tale scopo è più difficile da raggiungersi poichè si deve rivolgersi alla causa stessa del dolore talora minima e non facilmente rintracciabile.

Sui diversi metodi di fisioterapia, hanno riferito A. Zimmern e A. Pecker, mentre la kinesiterapia è stata trattata da L. Netter, il quale ha insistito sul grande valore del massaggio, fatto dopo una diagnosi sicura e con grande metodo e pazienza. *fil.*

Il dolore nell' angina pectoris. Patogenesi e cura.

(G. GALLI. *Gazz. degli Osped. e delle Clin.*, 21 maggio 1933).

Lo studio patogenetico del dolore anginoso presenta difficoltà rilevanti, poichè si tratta di una manifestazione per lo più subitanea, di breve durata e di tale gravezza da non permettere ricerche strumentali metodiche ed esaurienti, mentre l'organo in cui si manifesta il dolore è profondo, inaccessibile all'esame diretto. È invece facile uno studio per analogia, sperimentando cioè sui muscoli dello schele-

tro, messi in condizioni circolatorie paragonabili a quelle che si verificano nel muscolo cardiaco durante l'attacco di angina pectoris.

L'A. già nel 1926 dimostrava che, rendendo esangue p. es. una parte di un arto, i movimenti muscolari ripetuti diventano dolorosi, finchè il ritmo delle contrazioni scompare e finalmente cessano le contrazioni. Per analogia si può pensare che, difettando il regolare afflusso di sangue nel miocardio, la resistenza cardiaca risulta minorata per aumento di tossine e per difficoltata reintegrazione metabolica con insorgenza dell'attacco dolorifico.

Si spiegano così le differenti modalità di presentarsi del dolore anginoso e l'efficacia di alcune pratiche curative dell'angina pectoris.

L'accesso dolorifico sorge assai spesso dopo uno sforzo fisico in modo che il bisogno di irrorazione sanguigna del miocardio aumenta rapidamente senza essere soddisfatto; anche un'emozione accentuata può sprigionare un attacco anginoso, per vasocostrizione coronaria e determinare un'ischemia acuta del miocardio; infine anche il cosidetto dolore anginoso da decubito, che si presenta durante la notte, non contraddice a questa interpretazione ischemica del dolore cardiaco, poichè anche qui con ogni verosimiglianza si verifica una difettosa irrorazione sanguigna del miocardio. Infatti la frequenza e la forza sistolica diminuiscono notevolmente durante il sonno in certi soggetti.

Le pratiche curative che l'esperienza ci ha dimostrato utili (trinitrina, nitriti, teobromina, morfina, narcotici, ecc.) svolgono la loro azione attraverso la vasodilatazione. Le stesse cure antiluetiche agiscono in tale senso, poichè disostruiscono i vasi e ridanno loro una certa elasticità.

D'altra parte sappiamo che le applicazioni calde, i senapismi, i cataplasmi senapizzati sul precordio sono utili nell'attacco anginoso, che viene invece provocato dal freddo.

Se fosse possibile immergere il cuore in un mestruo caldo durante l'attacco stenocardico, possiamo ritenere con fondatezza che avremmo raggiunto il modo ideale per troncare rapidamente ogni accesso stenocardico. Un mezzo che realizza il sovrariscaldamento della massa cardiaca con rapida vasodilatazione dei suoi vasi è la diatermia transtoracica ad onde corte. Secondo l'esperienza dell'A. le onde di 30 metri sono le più utilizzabili nella terapia transtoracica del cuore e dell'aorta, e costituiscono allo stato attuale il mezzo migliore per togliere rapidamente l'ischemia, per correggere lo spasmo vasale e calmare il dolore,

Purtroppo non si può fare questa cura quando più urge il bisogno, non potendosi avere subito sotto mano un apparecchio ad onde corte nei casi di dolore anginoso. Praticamente bisogna contentarsi di utilizzare la diatermia transtoracica ad onde corte come mezzo preventivo. C. TOSCANO.

Le algie vasali.

(M. J. TINEL. *Gazette des Hôpitaux*, 26 agosto 1933).

Le algie vasali sono caratterizzate da uno stato doloroso dei vasi, arterie o vene, di grande, medio e piccolo calibro, dovuto all'irritazione dei nervi sensitivi che accompagnano i vasi, penetrano nella loro guaina e si distribuiscono nello spessore delle loro tuniche o fin sotto al loro rivestimento endoteliale.

Esse rappresentano l'esaltazione, sotto forma cosciente e dolorosa, di quella sensibilità vasale che normalmente regola automaticamente ed incoscientemente le reazioni vasomotorie.

L'esistenza della sensibilità vasale non è più in discussione. Oltre che dai dati sperimentali è messa in evidenza dall'esperienza clinica. Il dolore delle flebiti e delle arteriti, il dolore acuto, angosciante che accompagna la legatura di un'arteria ne sono una riprova. L'iniezione di un liquido un po' caustico fatta per errore in un'arteria invece che in una vena è seguita da un dolore atroce in tutto il territorio arterioso.

Durante un'iniezione endovenosa il semplice contatto di una soluzione un po' irritante con la parete venosa provoca un dolore che risale talora con il liquido lungo la vena iniettata e s'irradia a tutto il territorio periferico.

È noto come le iniezioni sclerosanti per la cura delle varici determinano un dolore acutissimo.

La resezione delle guaine perivasali interrompe queste vie sensitive. Dopo la simpatectomia periarteriosa i vasi sono ancora eccitabili nella loro porzione soprastante o centripeta e possono ancora provocare riflessi vasomotori attraverso l'azione midollare; ma la loro eccitazione immediatamente al di sotto del punto operato non provoca alcuna azione riflessa.

Si ammette che le fibre vaso-sensibili attraverso i tronchi nervosi comuni raggiungono, come tutte le fibre della sensibilità generale, i gangli intervertebrali, dove si trovano le loro cellule di origine, e a mezzo delle radici posteriori prendono rapporto con i collegamenti sensitivi che partono dalle corna posteriori ed anche con i centri vasomotori simpatici delle corna laterali del midollo.

Esse raggiungono i segmenti gangliari e midollari insieme alle corrispondenti fibre della sensibilità generale: la regione cervicale per gli arti superiori e la regione lombare per quelli inferiori.

Ma è possibile anche che un piccolo numero delle fibre vaso-sensitive degli arti abbiano un percorso più complesso, e che attraverso i rami comunicanti, i gangli simpatici e la catena simpatica raggiungano il midollo dorsale. Si spiegherebbero così alcuni fatti apparentemente paradossali: il senso di peso e di

formicolio agli arti superiori senza disturbi della sensibilità obiettiva nelle compressioni del midollo dorsale; i dolori degli arti superiori nelle lesioni viscerali ed intercostali; la persistenza di dolori e di iperestesia dopo la sezione dei tronchi nervosi periferici ed anche delle branche del plesso cervicale.

Comunque, quale che sia il decorso e la terminazione delle fibre vasosensitive, esse trasmettono ai centri vasomotori le eccitazioni provenienti dalle tuniche vasali.

L'eccitazione dolorosa di dette fibre può avvenire nelle guaine perivasali, sulle loro terminazioni nelle tuniche vasali, sui centri nervosi di queste vie sensitive sia a livello dei gangli intervertebrali, sia sulle terminazioni centrali nelle corna posteriori del midollo.

* * *

Quale che sia il punto nel quale avviene inizialmente l'irritazione, le sindromi dolorose delle vie sensitive vasali si distinguono per alcuni caratteri speciali:

1) Si tratta innanzi tutto di sensazioni di pesantezza penosa, di pienezza dolorosa che dà spesso l'impressione che l'arto è aumentato di volume e disteso, anche quando non esiste nessuna modificazione obiettiva importante.

Ma tali sensazioni dolorose, anche quando sono molto intense, sono profonde, imprecise, mal determinate, mal limitate, con un carattere indefinibile e spesso angosciante. Non hanno la precisione, la limitazione topografica e la determinazione qualitativa dei dolori cutanei. Esse si ravvicinano a quelle della sensibilità protopatica di Head e forse concorrono alla costituzione di questa sensibilità.

2) Sono sempre diffuse ed irradiate ad un territorio più o meno vasto, per lo più a tutto un arto e particolarmente alle estremità, senza però avere la topografia dei territori di distribuzione dei tronchi nervosi o delle radici rachidee. Perciò accanto alle topografie tronculari e radicolari converrebbe porre quella speciale delle sensibilità vasali, difficilmente determinabile a causa dell'imprecisione delle irradiazioni e della loro variabilità.

3) Le cause provocatrici del dolore vasale, o meglio delle crisi dolorose, possono quasi tutte riferirsi al meccanismo della distenzione o meglio della tensione del vaso malato.

Così si spiega il dolore provocato nell'arteria malata da ogni elevazione della tensione locale o generale, dal lavoro muscolare, dagli sforzi, dalle emozioni.

Si spiega anche, per le vene, perchè la posizione decliva dell'arto provochi dolori così intensi. Il semplice peso della colonna sanguigna nella vena dolente provoca una tale esasperazione dei dolori che un tale atteggiamento è interdetto: si tratta delle algie di posizione. Perciò alcuni sofferenti di algia venosa dell'arto superiore non possono lasciar pendere il braccio lungo il corpo, nè tenere per scrivere o per lavorare una posizione leggermente decliva. Talvolta trovano sollievo solo tenendo l'arto al di sopra dell'orizzontale. Analogamente gli individui affetti da algie venose degli arti inferiori non possono stare a lungo in piedi, avvertono meno dolore camminando, e trovano completo sollievo tenendo gli arti in posizione orizzontale o meglio sopraelevata.

4) In alcuni casi le algie vasali, arteriose o venose, possono accompagnarsi con fatti obiettivi: ingrossamento delle vene o aumento della loro tensione, modificazioni dell'ampiezza dei battiti arteriosi, reazioni vasomotorie (angiospasmi, acrocianosi).

5) Spesso sono accompagnate da reazioni a distanza, irradiazioni riflesse, ripercussioni locali o generali, di cui possono essere il punto di partenza. La frequenza delle reazioni vasomotorie locali o a distanza, limitate o generali, è verosimilmente in rapporto con la natura stessa di questa sensibilità vasale, essenzialmente destinata a regolare la tensione arteriosa ed i riflessi vasali. Del resto l'esaltazione di questa sensibilità sembra provocare sempre un ipereccitabilità parallela di tutti i centri vasomotori ai quali è normalmente legata, e che si manifesta con l'esagerazione dei riflessi vasomotori che può persistere anche dopo la scomparsa delle algie.

* * *

Le cause provocatrici delle algie vasali sono varie:

1) Lesioni infiammatorie delle arterie e delle vene: arteriti e periarteriti, flebiti e periflebiti di ogni genere.

Tali lesioni, però, non sono quelle che provocano in genere le algie vasali più violente e più caratteristiche. Anzi spesso le loro manifestazioni dolorose sono molto discrete, anche quando provocano disturbi riflessi accentuati (crisi di angiospasmo o di vasodilatazione acuta). L'arterite che provoca la claudicazione intermittente raramente è dolorosa.

2) Irritazione delle fibre sensitive vasali nei tronchi nervosi comuni. Così nella sciatica tronculare ed in varie neuriti si possono insieme alle altre manifestazioni dolorose in rapporto all'irritazione delle fibre delle altre sensibilità, avere dolori a tipo vasale. Manifestazioni analoghe si possono avere in alcuni zoster degli arti superiori, o in processi radicolari.

Ma è raro che in queste forme l'algia vasale prenda un'importanza notevole.

3) Irritazione delle corna posteriori del midollo: sindromi algiche vasali si incontrano nelle neuralgie epidemiche, che possono considerarsi come nevrassiti discrete, forme attenuate e aberranti dell'encefalite letargica, e che rivelano una lesione delle corna posteriori del midollo.

Il quadro clinico di queste neuralgie, spesso epidemiche e stagionali, è caratterizzato

dall'intensità dei dolori e sopra tutto delle loro crisi parossistiche, dall'assenza assoluta o relativa di dolori tra le crisi, l'assenza completa di dolori nelle prove di allungamento, durante i movimenti o in seguito alla pressione sulle masse muscolari e su i tronchi dei nervi, dalla conservazione dei riflessi, dalla mancanza di disturbi obiettivi della sensibilità. Oltre a ciò il dolore ha il carattere dei dolori di posizione. È all'algia vasale che nei malati del genere bisogna riferire i sintomi spesso strani che essi descrivono: la provocazione di dolori violenti dalla situazione declive dell'arto superiore che si deve mantenere costantemente elevato; i dolori provocati dal minimo lavoro muscolare e sopra tutto dagli sforzi accompagnati da blocco toracico e stasi venosa momentanea; i dolori provocati da gesti bruschi che cacciano nelle vene un'onda di sangue per forza centrifuga.

Agli arti inferiori si hanno dolori intollerabili nella stazione in piedi, che scompaiono nella posizione sdraiata e talvolta anche con il cammino. Alcuni malati non possono tollerare neppure la situazione declive e devono sopraelevare gli arti.

4) Varici. Queste possono essere indolenti o accompagnate da dolori esacerbantesi con le variazioni di posizione o comparenti a crisi in occasione della mestruazione, dei periodi di depressione, di astenia o di ansia, fatti tutti che provocano un aumento della tensione sulla parete venosa.

5) Perturbazioni profonde e durature del tono vegetativo. In queste condizioni (iperemotività, ipereccitabilità simpatica, angoscia, astenia, ecc.) si possono verificare algie tipicamente vasali indipendentemente da ogni lesione infiammatoria o dilatazione varicosa dei vasi. Semplici squilibri circolatori, semplici perturbazioni del tono vegetativo, possono provocare questa esaltazione dolorosa della sensibilità vasale. Al riguardo vanno ricordate le sensazioni avvertite dopo un lungo cammino, un esercizio violento, una stazione in piedi prolungata, una notte passata in treno, ecc. Si tratta di dolori singolari agli arti inferiori, sensazioni penose di tensione, di pienezza vasale, di battito arterioso dolente, di formicolio ai piedi e che si attenuano solo con la posizione orizzontale o elevando i piedi.

* * *

Le algie vasali possono assumere tre forme cliniche:

1) algie vasali semplici, ossia quelle che si limitano ad una semplice manifestazione dolorosa localizzata;

2) algie vasali estensive, accompagnate da disturbi riflessi più o meno intensi, ma sempre localizzati;

3) algie vasali complesse, che fanno parte di una sindrome generale di squilibrio vegetativo, di cui possono essere la causa o l'espressione.

Tutte le cause provocatrici sopra enumerate (irritazione o infiammazione vasali, nevriti o radicoliti, neurassiti delle corna posteriori, atonia varicosa, disturbi circolatori o distonia vegetativa) possono produrre le modalità cliniche più svariate.

Le algie vasali semplici si presentano generalmente sotto la forma di neuralgie diverse, che agli arti inferiori sono spesso confuse con la sciatica.

Le forme estensive si complicano con reazioni locali diverse, angiospasmi, crisi di vasodilatazione attiva, causalgia, paralisi vasomotoria, ecc.

Le forme complesse sono costituite di dolori vasali di specie diverse, primitivi o secondari, ossia diretti o riflessi, che si provocano reciprocamente, e che concorrono al mantenimento dello stato distonico generale.

Le algie vasali più frequenti o più note sono quelle che si riferiscono agli arti, ma non è dubbio che ne esistono anche a carico dei visceri.

Al riguardo è a rilevare come le algie venose endocraniche possono dare la cefalea dolorosa da sforzo.

Si tratta di malati nei quali il minimo sforzo provoca immediatamente o dopo qualche secondo un dolore intracranico, sordo o acuto, ma sempre molto violento, e che scompare con la cessazione dello sforzo o dura qualche minuto. Si tratta evidentemente di un dolore prodotto dalla distensione passiva delle vene intracraniche, probabilmente meningee.

Il trattamento delle algie vasali è naturalmente molto variabile e spesso difficile.

In certi casi basta sopprimere il dolore locale con i comuni antinevralgici, in altri casi più gravi e ostinati conviene ricorrere alla interruzione chirurgica delle vie sensitive.

Talvolta bisognerà calmare l'eccitabilità generale o locale dei centri vegetativi, ricorrere ai sedativi, sopprimere i riflessi ipertensivi, ristabilire il tono venoso o capillare con l'ipofisi e l'hamamelis, instituire insomma, insieme al trattamento proprio dell'algia vasale, la cura della distonia vegetativa che l'ha determinata o è stata da essa provocata.

DR.

UROLOGIA.

Cura incruenta dell'ipertrofia della prostata: dieresi per le vie naturali.

(A. CASSUTO. *Zeitschrift f. Urologische Chirurgie*, 1933).

L'A. riassume in una densa memoria tutta l'esperienza maturata in circa dieci anni di lavoro su questo argomento, curando numerosi malati esclusivamente per le vie naturali.

L'A. fa rilevare come fin dall'inizio dei suoi

tentativi di cura incruenta dell'ipertrofia della prostata — la sua prima pubblicazione risale al 1926 sul *Journal d'Urologie* — egli, pur fra lo scetticismo predominante fra i chirurgi partigiani dell'operazione di Freyer, abbia avuto fede nella bontà del metodo, sia pure bene inteso, con tutte le limitazioni che a qualsiasi genere di cura venga intrapresa si addice rispetto alla rigorosa indicazione, vanto del resto della Scuola di Roma. L'A. ora si compiace di vedere come questo suo convincimento, largamente del resto condiviso dai chirurgi americani, stia per diventare anche fra noi di attualità, visto che formerà oggetto di tema di relazione ufficiale sia per la Società Italiana di Urologia nel prossimo Congresso che si terrà a Pavia, come per la Società Francese di Urologia al Congresso di Parigi del prossimo ottobre.

Viene rivendicato proprio al Clinico di Pavia, il Bottini, il merito di essere stato l'antesignano di questo metodo, con la sua dieresi elettrogalvanica; disgraziatamente allora l'endoscopia non esisteva affatto o era ancora bambina, cosicchè il metodo, pur percorrendo la sua strada, visto che specie i trattati tedeschi e francesi di chirurgia gli assegnano ancora il posto che merita, non ebbe tutto quel successo che Bottini aveva intravisto e sperato. Più tardi, quando Freudenberg potè associare l'ansa termo-galvanica non più a uno strumento cieco, come quello di Bottini, ma inserendola nella camicia di un cistoscopio operatore, erano seriamente gettate le basi per una cura moderna, rapida, efficace e punto pericolosa della ipertrofia della prostata.

I perfezionamenti ulteriori degli apparecchi elettrici per chirurgia (diatermo coagulazione) e gli enormi progressi della tecnica endoscopica, hanno messo nelle mani dei chirurgi degli strumenti operatori per le vie naturali, del più alto pregio. Purtroppo, di una tecnica nata in Italia — i cistoscopi sono muniti del prisma di Amici — americani e tedeschi sono all'avanguardia.

La dieresi della prostata per le vie naturali non trova indicazioni quando esistano complicazioni, come grossi calcoli difficilmente frantumabili in precedenza, quando la prostata sia affetta non da semplice ipertrofia, ma da cancro, quando l'uretra sia impervia o resti tale malgrado gli artifizi che si possono escogitare e che l'arte insegna.

Trova invece utilissima applicazione in tutti gli altri casi, e specie nei vecchi con grave insufficienza renale (rene rosso granuloso di Jores, nefrite eccentrica di Tandler e Zucherkandl), con azotemia di uno per mille o più, il cui limite di rado è possibile abbassare tanto da permettere una Freyer. E ancora, in quei pazienti con pressione elevata al Pachon o peggio con pressione MX al disotto dei 90, perchè i chirurgi diffidano sempre e con ragione di questi pazienti che rivelano ben presto poche risorse, all'atto operativo cruento.

Nei casi sopra elencati si rivela tutto il pregio di una cura che si fa ambulatoriamente, che esige il semplice riposo in letto a casa propria di cinque o sei giorni al massimo, che non richiede narcosi. In ispecie come contrapposto a un'operazione come la Freyer, con tutti i suoi pericoli, con tutte le sue incognite circa il funzionamento dei reni, che richiede non meno di 25-30 giorni di degenza in clinica, se tutto procede *de plano*, e la seconda operazione non si deve rinviare ancora per più settimane per non uccidere il malato.

Questa operazione invece, per le vie naturali, non solo attraverso la statistica di Cassuto, ma anche attraverso quella dei chirurgi americani, non ha mortalità. Esige soltanto una discreta pratica in endoscopia operativa, dopo di che diventa una manualità come qualunque altra della chirurgia. Gli strumenti perfettissimi di cui oggi si dispone, facilitano enormemente questo compito.

Riassumendo, tutto lascia prevedere, che sia pure con le limitazioni imposte dalla retta indicazione, questo metodo incruento, diverrà il metodo di scelta nella cura dell'ipertrofia della prostata e verrà rapidamente generalizzandosi.

ADDESSI.

La via transvescicale nella cura delle fistole vescico-vaginali.

(LARDENNOIS. *La Presse Médicale*, n. 48, giugno 1933).

L'A., dopo aver utilizzato a lungo, nella cura delle fistole vescico-vaginali, la via vaginale, anche in posizione ventrale di Depage, è divenuto partigiano della via transvescicale che ha seguito negli ultimi quattro casi di tale infermità, capitati alla sua osservazione.

La via transvescicale fu impiegata per la prima volta nel 1886 da Trendelemburg ed è stata regolata nei suoi particolari da Marion. Tale via, in confronto agli altri procedimenti, offre un campo meno profondo e illuminato meglio, l'affrontamento dei margini vescicali è più agevole, i meati ureterali sono visibili e non si corre quindi il rischio di comprenderli nella sutura, la derivazione delle urine viene praticata con un drenaggio ipogastrico abbastanza grosso per non essere obliterato dai coaguli. Inoltre, per la via bassa, si opera su una mucosa vaginale irritata e cronicamente infetta i cui margini si lacerano con facilità durante la sutura.

Marion consiglia la tecnica seguente: aperta ampiamente la vescica e messo in posto il divaricatore di Legueu, si riconosce la fistola e la si circonda con un incisione circolare alla quale si aggiungono due sbrigliamenti laterali. Si scolla allora la parete vescicale da quella

vaginale e si introflette poi in vagina l'orificio fistoloso con tre o quattro piani sovrapposti, di sutura a borsa di tabacco; la breccia vescicale viene riparata con punti staccati in catgut sottile. Dal canto suo l'A., quando si tratta di una fistola stretta e poco visibile, pone in vagina un tampone imbevuto di bleu di metilene; rialza il campo operatorio mediante due fili trattori passati nel bassofondo vescicale; fa uso della lampada frontale; aspira l'urina e il sangue con l'aspiratore elettrico; chiude la ferita cistotomica con due piani di sutura: il primo alla Lembert per la mucosa, il secondo a tutto spessore per la muscolatura. La p., dopo l'intervento, viene mantenuta in decubito laterale.

In tre dei quattro casi così curati dall'A., si trattava di fistola di piccole dimensioni, alto situata e quindi difficilmente individuabile; nel quarto caso la fistola era localizzata nel trigono ed era pervia al dito; l'A. ha avuto il 100 % di successi.

L. FERRETTI.

La fistola soprapubica postoperatoria.

(EDWIN BEER. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, maggio 1933).

Il persistere della fistola soprapubica in seguito a cistotomia è una delle più nojose complicazioni di tale operazione. L'A., come risultato di venti anni di attenta osservazione, divide le cause di tale complicazione in tre gruppi.

Cause locali: in seguito a tecnica imperfetta o agli sforzi post-operatori del paziente, sia per vomiti che per tosse, le pareti vescicali prolabiscono fra i mm. retti. Si forma così un canale muco-membranoso che si unisce con la cute dando luogo a una fistola muco-cutanea. Altre cause locali sono i corpi estranei in generale; sia calcoli e neoformazioni, che veri corpi estranei dimenticati in vescica e che si incrostano con sali fosfatici. Sempre fra le cause locali vanno annoverati i diverticoli vescicali, specie se infetti e la mancata capacità della vescica a riacquistare la propria espansibilità.

Cause localizzate nel tratto urinario periferico: le più comuni di tali cause sono, fibròsi del collo vescicale, adenoma prostatico, stenosi uretrale, calcolo incuneato nell'uretra Qualche rara volta è in causa una distonia, d'origine neurogena, fra sfintere e detrusore.

Cause localizzate nel tratto urinario centrale: pionefrosi e idronefrosi infette, complicazioni frequenti di anastomosi uretero-vescicali; t.b.c. renale.

Quanto alla cura, se il catetere a permanenza e le causticazioni con nitrato d'argento, sia dall'esterno che dall'interno, non danno buoni risultati, questa dovrà rivolgersi all'eliminazione della causa. L. FERRETTI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

P. GAIFAMI. *Conversazioni e Lezioni ostetrico-ginecologiche ad uso dei medici pratici*. Prefazione del prof. sen. ERNESTO PESTALOZZA. Roma, Casa Editrice Luigi Pozzi, 1933. Prezzo L. 50.

Questo magnifico volume è una novella prova della ininterrotta attività del clinico di Bari, e viene a celebrare nel modo migliore il primo decennale della sua direzione de « La Clinica Ostetrica ».

Come dice l'illustre prof. Pestalozza nella prefazione, a ben altri lavori nel campo scientifico e pratico della specialità è affidata la fama di studioso del prof. Gaifami, ma non è da credere perciò che l'importanza di questa nuova opera sia inferiore a quella delle precedenti del fecondo e geniale autore.

Essa riassume difatti in gran parte la sua attività giornalistica, svolta sulle colonne della rivista da lui diretta, e informata a criteri di somma praticità e chiarezza, nel lodevole intento di giovare sopratutto ai giovani e ai medici non specialisti, per i quali l'ostetricia costituisce sempre una branca particolarmente interessante, e piena di responsabilità.

La fisionomia del medico condotto, del medico di campagna è totalmente mutata. L'automobile lo ha redento dalla miseria intellettuale di un tempo: l'osteria non è più il suo unico svago, ma, data la facilità di accedere ai capoluoghi e di tenersi in contatto coi centri di cultura, egli ha avuto modo di elevare il suo tenore di vita e di mutare radicalmente la sua mentalità.

Nelle riunioni, che con grande opportunità i Sindacati cercano di moltiplicare a vantaggio della cultura scientifica e professionale dei propri iscritti, ci si accorge con soddisfazione della bramosia di sapere, che anima anche i più umili esercenti l'arte medica e li spinge a cercare la soluzione dei quesiti, che ad ogni piè sospinto si presentano nell'esercizio quotidiano.

D'altra parte se ci facciamo a considerare la nostra letteratura, dobbiamo confessare che i libri adatti a questo genere di lettori non abbondano di certo. Si scivola da un lato nella volgarizzazione superficiale, perfettamente inutile per i tecnici, o dall'altro nel lavoro pesante, nel trattato *mattone*, che resta spesso intonso sugli scaffali delle biblioteche.

Già da un decennio il Gaifami ha introdotto nel suo giornale un metodo opportunissimo, quello cioè di affrontare lo studio di argomenti vari, non di rado anche astrusi, in forma aneddotica, avvincente per la spigliatezza e il tono famigliare dell'esposizione. Egli non sale mai in cattedra, ma parla chiaro, da uomo a uomo, e ciò ispira al lettore una confidenza e una persuasione, quali raramente la parola scritta riesce a suscitare.

La pagina del medico pratico, cose viste, errori ostetrico-ginecologici, perizie medico-legali sono rubriche a tutti note, che hanno guadagnato giustamente molte simpatie a « La Clinica Ostetrica ». Nel presente volume è raccolto e opportunamente distribuito quanto di meglio il Gaifami ha scritto nelle predette rubriche, e la bontà sia della materia che della forma è tale che, pur ricordando tali scritti, oggi si rileggono col più vivo interesse, trovandovi quasi un sapore nuovo ed insolito.

Le altre parti del volume e cioè le lezioni cliniche, le lezioni alle levatrici, le note sociali corrispondono a un altro lato, non meno simpatico, della personalità del Gaifami. La sua passione per l'insegnamento, la sua attiva propaganda per l'elevazione morale delle levatrici, per la diffusione delle norme di profilassi ostetrica sono qui largamente documentate e dimostrano una volta di più quali frutti preziosi possa dare il felice connubio fra scienziato e sociologo, fra studioso e filantropo, specie in una branca come l'ostetricia, nella quale ogni progresso scientifico porta con sè un immediato vantaggio igienico e sociale.

Si può esser quindi facili profeti pronosticando al libro del Gaifami un largo successo fra i medici pratici, i quali troveranno in esso non un metaforico, ma un reale *amico* pronto a chiarire i loro dubbi, a dirimere le loro incertezze, e sopratutto a lenire le angoscie dello esercizio professionale, più tormentose per chi deve cercare in sè stesso, e soltanto in sè stesso, ogni risorsa ed ogni consiglio.

Non è indifferente notare che la eleganza e la signorilità della veste tipografica accrescono il decoro di questa pubblicazione, e costituiscono un titolo di benemerenza per il solerte editore comm. Luigi Pozzi, la cui collana di opere scientifiche mette la sua Casa alla pari colle migliori editorie non solo italiane, ma anche estere. O. VIANA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Prof. GIOVANNI REVOLTELLA. *Gli ormoni sessuali femminili. (Fisiologia e clinica dei presunti ormoni pre-ipofisari e degli ormoni ovarici nei rapporti coll'apparato genitale)*. Casa Editrice Luigi Pozzi. Roma, 1933. Prezzo L. 18.

La letteratura endocrinologica va diventando qualche cosa di mostruoso, per cui non può essere seguita da chi si trovi fuori degli ambienti scientifici.

All'enorme produzione si aggiunge poi la inevitabile diversità di vedute dei vari autori, per cui, anche sforzandosi di tener dietro ai principali contributi, si finisce col non potersi formare un concetto esatto su nessun argomento.

È certo che il capitolo degli ormoni sessuali è uno dei più vasti e complessi: mentre si credeva fino a pochi anni or sono di aver raggiunto una certa sicurezza nella interpretazione dei fenomeni genitali, in rapporto coi relativi increti, l'entrata in scena degli ormoni preipofisari ci ha riportato in alto mare, e ha determinato in questo campo una vera rivoluzione.

È naturale pertanto il desiderio di trovar riassunto in un libro di non grande mole, alla portata di lettori non specialisti, quanto di più importante e di maggiormente assodato occorre oggi conoscere sugli ormoni sessuali.

Il giovane e valente direttore della Scuola Ostetrica di Trieste si è sobbarcato alla non lieve fatica, forte di una preparazione, di cui aveva dato notevole saggio sulle colonne de « La Clinica Ostetrica ». Egli ha fatto del suo meglio per guidare i non iniziati attraverso la selva selvaggia di fatti, di esperienze, di ipotesi, che nel volgere di pochi anni si sono ammassati in questa vasta branca della endocrinologia.

Egli si è giustamente preoccupato anche della parte clinica, sia diagnostica che terapeutica, e la ha esposta e lumeggiata con sobrietà e con sano criterio obiettivo.

Nitide figure, opportunamente scelte, ornano questo piccolo volume, che in una settantina di pagine raccoglie molto materiale, e che dovrebbe essere un prezioso aiuto per quanti amano informarsi, senza grande fatica, dei progressi di questa novissima fra le scienze mediche. O. VIANA.

M. KAPPIS. *Verbengung und Bekämpfung der operationszefahren*. Vol. di pag. 382 con 12 ill. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1933, n. 17.

Mezzi per prevenire e combattere i pericoli inerenti a un intervento e le complicazioni post-operatorie: ecco il tema che l'A. si è proposto di svolgere in questo trattato tenendo conto specialmente delle ricerche e dei risultati più recenti.

In una prima parte sono considerati i metodi per giudicare delle condizioni di resistenza dell'operando e i mezzi che abbiamo a disposizione per aumentarne i poteri di difesa. Sono particolarmente considerate le alterazioni della coagulabilità sanguigna del ricambio, i mezzi per prevenire le infezioni.

In una seconda parte l'A. tratta dei pericoli inerenti all'anestesia e all'operazione.

Nella terza parte sono esposti sistematicamente le cure post-operatorie rivolte alle complicazioni come il vomito, l'emorragia, la paresi intestinale, la ritenzione di orina, disturbi cardiaci, trombosi ed embolie, complicazioni renali, broncopolmonari, nervose, ecc.

In un esteso riassunto viene sintetizzata la cura post-operatoria dopo le singole operazioni.

Il Kappis con questo libro provvede a colmare una lacuna importante fra i libri che in-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

teressano la pratica chirurgica e che sarà bene accetto anche per l'esperienza personale vasta dell'A. che lo ha portato a trattare in modo particolare di quelle indagini e di quei mezzi che la pratica ha insegnato essere non solo i migliori ma di semplice esecuzione e di soddisfacente risultato. VALDONI.

K. GRAHE. *Hirn und Ohr*. Vol. di 108 pag. con 70 fig., Thieme, edit. Leipzig, 1932.

Non esiste ormai indagine neurologica accurata la quale non si avvalga del sussidio che l'esplorazione dell'8° paio dei nervi cranici può dare per la diagnosi di alcune malattie endocraniche. Specialmente importante in questi casi è l'indagine clinica della *pars vestibularis*, nonostante che le sue interpretazioni ancora non siano sempre valorizzabili, ai fini della diagnosi; per questo appunto, ogni lavoro che, frutto di alta competenza e di lunga consuetudine con l'argomento, ci offre una sintesi di problemi semeiologici e clinici, riesce sommamente utile. Come ieri per il volume di Giorgio Ferreri sulla semeiotica vestibolare, oggi accogliamo con piacere questo compendio del noto otologo di Francoforte, allievo del prof. Voss.

L'A. in poche pagine raccoglie ricordi di anatomia, fisiologia e di semeiotica, il cui schematismo, spoglio di ogni fardello puramente dottrinario, riesce molto chiaro e quindi utile. Segue la descrizione dettagliata dei disturbi dell'udito e dell'equilibrio nelle lesioni dei vari segmenti dell'encefalo (ponte, midollo, cervelletto), dei diversi lobi cerebrali, e nelle malattie cerebrali senza localizzazioni (encefalite, chorea, sclerosi multipla, isteria, ecc.).

M. SILVAGNI.

L. RIMBAUD. *Précis de Neurologie*. Vol. in-8° di pagg. 992 con 222 fig. G. Doin e C. Paris 1933. Fr. 140.

Più che un libro di neurologia speciale, questo volume deve essere considerato come parte di un'opera di medicina generale, dedicata alle malattie del sistema nervoso. Fedele ai metodi adottati in un insegnamento di clinica medica, l'A. fa dello studio clinico il perno di tutte le descrizioni nosologiche, riunendo insieme i fatti anatomici e le nozioni patologiche essenziali, dando però anche larga parte alla terapia, arricchita dalle recenti tecniche di fisioterapia e degli audaci procedimenti della neuro-chirurgia.

Successivamente sono descritte le malattie dell'encefalo, del midollo, dei nervi periferici, le principali turbe funzionali, le nevrosi. All'inizio di ognuna delle principali parti vi è un'esposizione anatomica e fisiologica succinta ed uno studio delle grandi sindromi.

Più di 200 figure, di cui molte a colori, e schemi, illustrano questo manuale che in meno di 1000 pagine condensa tutta la neurologia e ciononostante s'impone per la chiarezza dell'esposizione. A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pisa.

Seduta del 6 luglio 1933.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Rapporti fra anemie emolitiche e diatesi emorragiche.

C. CASSANO. — L'O. riferisce intorno ad un gruppo di otto osservazioni di porpora associate ad anemia emolitica. Considera il valore della piastrinopenia che è probabile espressione di esaltata piastrinolisi, e ricorda altresì le alterazioni qualitative presentate dalle piastrine. Mette in evidenza il parallelismo che corre fra la morbosa eritrocataresi e le aberranti attività di trombocitolisi. Illustra le fasi in cui alla iperattiva distruzione delle piastrine si aggiunge una piastrinogenesi difettosa per influenze inibitorie svolte dal sistema reticolo-endoteliale specialmente intrasplenico. Afferma il concetto di una reticolo-endoteliosi sistemica, ad iniziale partenza dalla milza. Parallele alla trombopenia si sono avute profonde alterazioni delle pareti dei piccoli vasi e dei capillari, così nell'ambito cutaneo, come nei territori epatico, splenico, glandulare linfatico. Illustra con particolare riguardo le alterazioni anatomiche presentate in una delle osservazioni dalle ghiandole linfatiche e conclude ravvicinando queste alterazioni alle altre già ammesse lesioni del S.R.E.

Diatesi emorragica e diatesi emolitica sono pertanto da considerarsi come filiazioni parallele di un solo fondamentale errore.

Osservazioni sulla cura chirurgica della tubercolosi polmonare.

Prof. G. ANZILOTTI. — Pur ammettendo che la toracoplastica ed il pneumotorace rimangano gli interventi classici richiama l'attenzione dei colleghi sulla frenicoexeresi che è indicata anche nelle forme alte e colla quale si ottengono dei buoni risultati stabili con guarigioni cliniche e radiologiche. Spezza una lancia in favore dell'apicolisi che nelle caverne bene isolate dell'apice dà risultati insperati: egli la pratica senza piombaggio. Così pure la scalenotomia può dare dei buoni risultati, ma occorre attendere i risultati a distanza per potere giudicare, tanto più che potrebbe essere l'effetto frustrato da una ricostruzione della continuità del muscolo dal punto di vista anatomico e quindi in parte funzionale.

Note cliniche sulle tachicardie parossistiche.

Prof. G. BAGNARESI. — L'O. riferisce sopra un caso di tachicardia parossistica atrio-ventricolare e sopra un caso di tachicardia parossistica ventricolare. Traccia il quadro clinico ed elettrocardiografico di queste osservazioni, mette in rilievo i dati differenziali fra le varie forme tachicardiche ed accenna brevemente alla loro terapia.

Sulla rapida decalcificazione delle ossa.

Prof. V. CESARIS DEMEL. — L'O. espone un metodo per la decalcificazione rapida di essa e di tessuti calcificati od ossificati che fa evitare la lunga attesa richiesta dai metodi a lunga sca-

denza, e permette ottenere preparati istologici nettamente dimostrativi, durevoli, e non inferiori a quelli che si ottengono con i metodi già in uso. L'osso o il tessuto con calcificazioni e ossificazioni viene ridotto a dischi di 8-12 mm. di spessore, e quindi immerso in una soluzione di H_2O per 100+HNO_3 p. 10+formalina 40 % p. 20. Dopo 1-2 h. di immersione, per facilitare la penetrazione del liquido in profondità si pungono i dischetti con ago sottilissimo; dopo 5-6 h. il pezzo è pronto per essere tagliato al microtomo congelatore previo lavaggio di 5 m' in acqua corrente. Le fettine vengono raccolte in H_2O, passate in soluzione satura decantata di carbonato di litina e successivamente colorate con i comuni metodi; si ottengono preparati durevoli e chiaramente dimostrativi. Il metodo potrà in modo particolare giovare a chi voglia rapidamente fare una diagnosi istologica di pezzi prelevati per biopsia.

Rilievi istopatologici e considerazioni sopra alcuni casi di diabete mellito.

Dott. C. CIONI. — L'O. riferisce brevemente a titolo preventivo sullo studio istologico di 4 casi di diabete mellito e le lesioni da lui trovate nei vari organi endocrini confermano la natura plurighiandolare del diabete. Trova poi alcune lesioni a tipo emorragico che egli interpreta come dovute a fragilità vasale, causata da sostanze tostiche provenienti dal ricambio intermedio profondamente alterato nel diabete.

Dimostra come le varie funzioni lipodieretiche tissurali sieno — in rapporto alle lesioni del pancreas endocrino — molto compromesse e cerca di porre in rapporto con questo fenomeno, l'iperlipemia diabetica.

Accenna infine ad alcuni reperti a carico del rene, riguardanti la natura e la distribuzione dei grassi (che l'O. si ripromette di meglio studiare in seguito) e che offrono occasione di riprendere su base istologica le questioni della « escrezione del grasso » e del « Diabete renale lipurico » (Galdi e Cassano).

Seduta del 13 luglio 1933.

Presidente: Prof. A. CESARIS DEMEL.

Osteodistrofia fibrosa generalizzata (Malattia di Engel-v. Recklinghausen).

Dott. M. BOSCHETTI. — L'O. espone le odierne vedute sulla osteomalacia e le « osteiti fibrose » di Paget e di Engel-Recklinghausen, fino a poco tempo addietro confuse insieme ma in realtà assti differenti tra loro. Illustra poi un caso di o.f.g. Recklinghausen osservato in una puerpera di 30 anni in cui, malgrado una spiccata deformazione del bacino a cuore di carta da gioco, si ebbe il parto eutocico di un feto vivo e sano, che non presentava alcuna alterazione dello scheletro. Sulla paz. si riscontrarono numerose fratture spontanee e molte cisti da tumori bruni sarcomatoidi nelle varie ossa. Coesistevano ipercalcemia (17,5 %) e tumore paratiroideo. L'asportazione parziale del tumore e l'infissione in esso di aghi radiferi regolarizzò rapidamente il bilancio del calcio e migliorò in modo insperato le condizioni generali.

Leishmaniosi e sistema reticolo istiocitario.

Prof. A. CESARIS DEMEL. — L'O. dallo studio di un caso di Kala azar sezionato a Livorno, conferma come in questa malattia si abbia un vero blocco del S.R.I. fatto dai parassiti, accompagnato da forte iperplasia degli elementi del reticolo che in certi organi, come il fegato e specialmente milza e midollo delle ossa, vengono a sostituirsi agli elementi propri dell'organo. Negli organi ematopoietici questa sostituzione degli elementi istiocitari agli elementi ematoformatori, concorre alla produzione di una forte anemia la quale non è dunque solo in rapporto ad aumentata emolisi od aumentata emocateresi, come si credeva, ma specialmente alla mancante possibilità di una rigenerazione sanguigna. Il blocco che è evidentissimo anche negli istiociti di organi apparentemente normali, e ciò si osserva benissimo nella cute e sottocutaneo, abbassa i poteri immunitari e da ciò la facile insorgenza di infezioni secondarie mortali. Il blocco poi più che come un fatto di fagocitismo, si deve interpretare come una penetrazione attiva dei parassiti negli elementi cellulari.

Lo studio quindi dei casi di Kala Azar se può allargare le nostre cognizioni sulle lesioni proprie della infezione può portare anche nuovi contributi alla conoscenza anatomica e funzionale del S.R.I.

Ematuria e appendicite.

Dott. G. M. CANNATA. — L'O. comunica un caso di ematuria da appendicite in una bambina di tredici anni.

Ricordando le diverse teorie patogenetiche fa rilevare quanto sia utile nella pratica la conoscenza di questo raro fenomeno che può condurre ad errori diagnostici e conclude che esso non è sufficientemente studiato nei suoi quesiti particolari per cui si augura che osservazioni anatomo-cliniche vengano ad arricchire la letteratura sull'argomento.

Sull'innervazione delle vene.

Dott. M. MICHELAZZI. — L'O. espone i risultati delle sue ricerche eseguite sull'innervazione di numerose vene dell'uomo e del gatto.

Egli ha potuto osservare che le vene degli organi, specialmente le renali e la porta, possiedono un'innervazione superiore a quella delle vene periferiche e che la ricchezza in nervi decorre generalmente parallela a quella della muscolatura del vaso.

È riuscito inoltre a dimostrare nei vasi polmonari, arteria e vene, del gatto, dei chiari gangli nervosi.

Dall'insieme di questi reperti l'O. ritiene che alle vene debba spettare un'importanza maggiore di quella generalmente loro ascritta nella dinamica circolatoria.

Tratta quindi dei risultati di studi ancora in corso sui vasi cerebrali dove sembrerebbe che l'innervazione dei vasi piali si arrestasse alle arterie ed alle arteriole non giungendo invece alle vene.

Segue la dimostrazione di numerose micro-fotografie.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Parto distocico per prolasso dei due arti inferiori.

Dott. GINO CARDINALI, di Sanseverino Marche.

Donna di 23 anni, residente nel Comune di Sanseverino (Marche), contadina, primipara.

Nulla di notevole nel gentilizio. La donna è nata a termine, da parto fisiologico. Ha avuto la prima mestruazione a 12 anni; le successive mestruazioni furono sempre piuttosto abbondanti, senza disturbi. Nel 1927 ebbe il tifo. Ultima mestruazione regolare il 2 aprile 1932. Durante i primi mesi di gravidanza ebbe nausee ed inappetenze; a quattro mesi e mezzo circa sentì i primi movimenti fetali.

Donna di costituzione scheletrica regolare, in discreto stato di nutrizione e sanguificazione. Altezza 1,60. Nulla di abnorme all'esame dei vari organi ed apparati.

Pelvimetria. Circonferenza pelvica: cm. 91. Distanza tra le spine: cm. 25,5. Distanza tra le creste: cm. 27. Coniugata esterna: cm. 21. Coniugata diagonale: cm. 12.

Decorso del parto. Il 10 dicembre 1932, senza alcun dolore, si ha la rottura del sacco, con fuoruscita di notevole quantità di liquido amniotico. Il 13 dicembre, visitata dalla levatrice, questa consiglia la donna di tenere il letto, ma a ciò la paziente si riduce soltanto il 25 dicembre. Il 28 dicembre, alle ore 23, si inizia il travaglio e viene perciò chiamata la levatrice. Questa si trattiene presso la donna fino alla sera del 29 dicembre ma vedendo che il parto non progredisce, si decide a chiamarmi. All'esame esterno noto che il fondo dell'utero giunge pressochè alla metà della linea xifo-ombellicale, che le pareti di esso sono addossate al feto, di cui non si distingue nettamente alcuna parte, che la parte presentata, al di sopra dello stretto superiore, si presenta voluminosa, irregolare, fissa, e distende il segmento uterino inferiore. Il battito cardiaco fetale si sente col suo massimo di intensità nel quadrante inferiore destro dell'addome. Le contrazioni sono deboli e rare. Alla esplorazione sento la testa fetale nella fossa iliaca destra e a sinistra della stessa la presenza dei due piedini ravvicinati e fissi.

Fatta la diagnosi di prolasso dei due arti inferiori con feto in presentazione cefalica, dispongo per il trasporto immediato della donna in Ospedale, ritenendo che non si debba fare alcun intervento se non in narcosi. Infatti in profonda narcosi eterea, il direttore dell'ospedale, prof. Guasoni, pratica il rivolgimento, con l'ausilio della manovra della Siegmundin, e la estrazione podalica, dopodichè si ha una notevole emorragia a causa di una estesa lacerazione del collo dell'utero, che viene prontamente suturata.

Il feto di sesso maschile, del peso di 2500 grammi, viene estratto morto. Il puerperio decorre apiretico e la donna viene dimessa in quindicesima giornata in ottime condizioni.

Ho creduto opportuno fare una breve nota sul caso in discorso, sia per la rarità, sia perchè esso costituisce una distocia che deve consigliare al medico pratico estrema prudenza nell'agire.

Si tratta spesso di feti, nei quali è possibile un notevole incurvamento del tronco; come nei feti prematuri e macerati; ma anche nei feti a termine, nei quali si ha una diminuzione del tono muscolare. In genere però si tratta di casi, nei quali la testa fetale permane elevata, mobile, spesso decentrata, come si ha nella pluriparità, nell'idramnios, nella gemellarità, nelle viziature pelviche, nelle presentazioni di faccia e fronte, nella situazione obliqua del feto. In quest'ultima evenienza, se si tratta della varietà dorso-superiore, esplorando la donna prima della rottura del sacco, si riesce già talvolta a sentire i due piedi in vicinanza dell'estremo cefalico, per cui, rompendosi il sacco, essi vengono a prolassare con facilità.

Ritengo che nel caso in discorso si sia trattato di una situazione obliqua del feto, dato appunto il prolasso di tutti e due gli arti inferiori. Quale sia stata poi la causa di questa supposta situazione obliqua non è facile dire, ma molto presumibilmente questa, dovuta ad una eccessiva mobilità del feto a causa dell'abbondanza di liquido amniotico, denunziata dall'anamnesi, era esistente al momento della rottura del sacco, così che è stato facile in questo momento il prolasso degli arti inferiori, agevolato forse anche da un certo grado di ipotonia della muscolatura di un feto sia pure ben sviluppato, ma nato un poco prima del termine e con qualche nota di prematurità.

La linea di condotta da seguire in casi consimili è diversa a seconda del momento in cui il medico è chiamato. Quando si tratta di semplice procidenza degli arti inferiori, cioè a membrane ancora integre, si favorisce la riposizione dei medesimi facendo decombere la donna dal lato corrispondente al dorso del feto; se si constata una situazione obliqua del feto, la si corregge con il semplice decubito laterale della donna o con adatte manovre esterne; se il sacco è rotto, ma il feto ancora mobile, si può tentare la riposizione manuale dell'arto prolassato, ciò che peraltro non è facile a donna sveglia e richiede una certa esperienza e competenza. Ad acque scolate, con parti fetali fissate con addossamento ad esse e consecutiva distensione del segmento uterino inferiore, è assolutamente necessario estrarre il feto in narcosi profonda e con ogni cautela, per evitare lacerazioni del collo uterino o del

segmento inferiore. In questi casi, quando è possibile, la miglior condotta, per il medico pratico, è quella di trasportare la donna in luogo convenientemente attrezzato, previa iniezione di una dose generosa di morfina.

La mortalità fetale è nei casi di prolasso degli arti inferiori in presentazione cefalica abbastanza elevata, aggirandosi intorno al 50 %, e ciò bisogna pure tenere nel dovuto conto, per premunirsi di fronte alla partoriente e ai familiari di questa.

È ovvia l'importanza della profilassi, mediante l'accurata vigilanza del decorso della gravidanza e del parto, specie in quei casi che non si presentano perfettamente normali.

RIASSUNTO.

La illustrazione sintetica del caso è legittimata dalla evenienza infrequente e dalla possibilità che una linea di condotta errata nuoccia alla gestante o al prodotto del concepimento o ad ambedue.

CASISTICA E TERAPIA.

Anemia perniciosa e tubercolosi.

Dopo un rapido cenno sintetico alla letteratura raccoltasi sulla questione se esista o no antagonismo tra queste due forme morbose, M. Barron (*J. A. M. A.*. 20, 1933) riferisce i dati delle sue personali ricerche: la tubercolosi polmonare cronica è così rara nell'anemia perniciosa, da essere praticamente trascurabile: probabilmente qualche sconosciuto fattore che determina la comparsa dell'anemia perniciosa agisce in senso sfavorevole all'insediarsi della tubercolosi.

Nei casi in cui le due malattie coesistono, esse non sembrano influenzate reciprocamente. È relativamente più frequente osservare — nel corso dell'anemia perniciosa — una miliare acuta.

Da questi risultati, ottenuti su una massa di 16.600 (!) reperto di autopsia, l'A. conclude che deve esistere un antagonismo tra le due malattie. V. SERRA.

Porpora emorragica in un caso di sifilide congenita dopo l'uso dell'arsfenamina.

Sono stati descritti casi di porpora emorragica, di agranulocitopenia e di anemia aplastica per l'uso di arsfenamina.

J. V. Bickford e R. C. Tilghman (*The Journ. of the Americ. Medic. Associat.*, 24 giugno 1933) descrivono due casi di sifilide congenita in cui la neoarsfenamina provocò una porpora. In tutt'e due i casi si ebbe la guarigione.

Il meccanismo con cui si produce la porpora e il suo quadro ematologico per azione del medicamento non è chiaro. Secondo alcuni dipenderebbe dalla scomparsa delle piastrine circostanti, secondo altri da un'azione tossica diretta sul midollo osseo. L'elemento tossico dovuto alla sifilide e invocato da alcuni è molto dubbio, perchè troppo rara è la manifestazione in confronto del numero grande dei sifilitici. R. LUSENA.

La trasfusione di sangue nelle emottisi tubercolari.

L. Lauri (*Nuova Medicina Italica*, 30 aprile 1933) mette in evidenza gli effetti mirabili che si ottengono con la trasfusione del sangue nelle emottisi tubercolari. Bastano al massimo 150 cc. di sangue per arrestarle. Pare che la trasfusione agisca secondo lo stesso meccanismo di azione per cui agisce nei casi di emofilia e di porpora e cioè esercitando il suo potere fortemente coagulante. C. TOSCANO.

Contributo allo studio delle mielosi e linfoadenosi cosidette "aleucemiche".

A. Cattaneo (*Haematologica*, vol. XIV, fasc. III) descrive un caso di mielosi leucemica acuta ed uno di linfoadenosi leucemica cronica in cui, malgrado l'assenza di ogni alterazione quantitativa caratteristica, si poteva facilmente, con un accurato esame del sangue, mettere in evidenza una effettiva alterazione qualitativa del quadro ematico, che dimostrava chiaramente un reale stato leucemico del sangue circolante, per cui queste forme si devono evidentemente fare rientrare nel gruppo delle mielosi e linfoadenosi leucemiche leucopeniche e non aleucemiche o pseudo-leucemiche come da alcuni erroneamente si ritiene.

A questi risultati diagnostici si può facilmente arrivare esaminando il sangue circolante dopo aver eseguito l'arricchimento dei globuli bianchi, procedimento molto semplice e alla portata di tutti, che ci dà la possibilità di esaminare un numero molto rilevante di cellule bianche fra le quali la ricerca di elementi immaturi e indefferenziati dà quasi sempre risultati positivi. C. TOSCANO.

Angina agranulocitica; cura coll'estratto epatico per via parenterale e orale.

In una nota preventiva F. L. Foran, H. M. Sheaff e R. W. Trimmer (*The Journal of the Americ. Medic. Assoc.*, 17 giugno 1933), riferiscono di aver curato 5 casi di angina agranulocitica con estratti epatici. Essi ebbero 4 guarigioni; nel quinto caso ci fu remissione della malattia e la morte sopravvenne per polmonite lobare in una recidiva.

Essi consigliano di tentare questo metodo nell'angina agranulocitica, tanto più che esso è basato sull'osservazione già fatta in precedenza da altri che la cura con estratti epatici aumenta il numero dei leucociti e ha dato risultati migliori degli altri metodi di cura (64 per cento di mortalità dà la cura colla trasfusione sanguigna, 53 % l'applicazione di raggi X, 30 % la somministrazione di pentosi nucleotidi). R. LUSENA.

La cecità postemorragica.

Sono le perdite di sangue, per lo più intestinali od uterine, che provocano dei disturbi visivi che possono arrivare alla cecità con atrofia completa dei nervi ottici.

I disturbi visivi, osserva L. Genet (*Journal des praticiens*, 8 aprile 1933), compaiono dal terzo al sedicesimo giorno dopo l'emorragia, ma possono verificarsi più presto ed anche nel corso dell'emorragia stessa. Raramente si hanno dopo il ventunesimo giorno. Nella metà dei casi guariscono, ma se si installa l'atrofia ottica, la malattia è progressiva e la cecità diventa definitiva.

Le lesioni che portano a tale atrofia si hanno nello strato delle fibre nervose della retina e nelle cellule gangliari. L'ischemia è la causa più importante, ma se ne possono aggiungere altre tossiche od infettive, oltre al cattivo stato generale del paziente. Non è necessario che le perdite siano abbondanti; bastano talora di quelle relativamente moderate.

La prognosi può essere grave, ma la guarigione rimane possibile anche dopo 2-3 giorni di cecità completa. Con la comparsa dei segni di atrofia, il male si palesa senza rimedio.

Terapia. 1) Durante l'emorragia, emostasi chirurgica o medica. Riposo dell'organo sanguinante, cloruro di calcio, siero gelatinato per iniezioni, ghiaccio sull'organo sanguinante. Controindicati i vaso-costrittori (chinina, belladonna): indicati, invece, i vaso-dilatatori (inalazioni di nitrito d'amile, iniezioni di acetilcolina, 10 cg.). Tenere il paziente a testa bassa.

2) Quando il malato non sanguina più ed accusa disturbi visivi: compresse sugli occhi più calde che è possibile e rinnovate spesso; iniezioni perioculari e retro-oculari di dionina; rivulsione alle tempie, iniezioni di acetilcolina. Scarso effetto hanno le sanguisughe. È stata praticata la sclerotomia ed anche l'iridectomia. Iniezioni di siero con sale e glucosio (rispettivamente 7 e 5 per 1000).

3) Nel caso di atrofia retinica incompleta durata da parecchi mesi, non praticare medicazione arsenicale nè mercuriale nè elettricità; ma preparati di fosforo o di stricnina; evitare la fatica visiva; sorvegliare l'igiene alimentare. *fil.*

Il metodo sclerosante nella cura delle anemie d'origine emorroidaria.

Il ripetersi e talvolta l'abbondanza delle emorragie d'origine emorroidaria possono indurre degli stati di anemia grave, inquietanti, tali da far ricorrere subito all'intervento chirurgico.

Si deve tener presente che, una volta fatte cessare in qualche modo le emorragie, l'anemia può persistere, quando è grave, per mesi, invariata con tutti i suoi segni. Ciò è dovuto alla grave compromissione dello stato generale. Le anemie di medio grado, senza alterazione del valore globulare, guariscono invece rapidamente. È dunque opportuno dal punto di vista pratico (Jeonnevey, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 marzo 1933) non attendere che insorga la sindrome anemica secondaria per istituire un trattamento antiemorroidario.

E questo va fatto, secondo l'A., con il metodo delle iniezioni sclerosanti, efficaci, di semplice attuazione e ad ogni modo sempre innocue e mai controindicate.

L'a. usa del cloridrato doppio di chinino e urea al 5 %, per iniezioni periemorroidarie, eseguite, con l'aiuto dell'anascopio di Bensaude, con una siringa da 5 cmc., e un comune ago di acciaio, segnato a 6 mm. dalla punta, per evitare di affondarlo troppo. Sei sedute sono per solito sufficienti.

L'A. presenta tre casi, che provano l'efficacia del sistema, che tronca le emorragie e permette il ripristino della crasi ematica, e che ammoniscono ad intervenire precocemente e senza tema di inconvenienti.

M. COPPO.

NOTE DI TECNICA.

Sopra una fonte di errori negli esami delle urine a scopo di perizia.

Uno stato di eccitazione psichica può provocare l'eliminazione di piccole quantità di zucchero e di albumina anche nei soggetti sani.

A. Schreck (*Die Med. Welt*, n. 28, 15 luglio 1933) ne riporta due casi dimostrativi, giungendo alla conclusione che, prima di trarre delle conclusioni le quali possono essere dannose, conviene ripetere la prova su campioni di urina prelevati allo stato di calma perfetta.

Ciò avrebbe gran valore per i medici assicuratori o comunque deputati ad eseguire visite fiscali. M. FABERI.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Esperienze sul seno carotideo.

La possibilità ammessa da qualche autore che il riflesso di Pagano-Hering ottenuto colla stimolazione del seno carotideo, provochi in qualche caso la morte istantanea non è stata ottenuta sperimentalmente non ostante si sia ricorso al martellamento di detto seno.

G. Pistocchi (*Archivio italiano di chirurgia*, gennaio 1933) non esclude però che ciò possa verificarsi nel campo patologico per es. negli ipertiroidei, dove tanti fattori che non è possibile riprodurre tutti sperimentalmente contribuiscono da una parte ad eccitare il riflesso, dall'altra a rendere più vulnerabile il sistema cardio-vascolare.

La proposta di Hering di novocainizzare il seno carotideo prima di eseguire interventi operatori sul collo, allo scopo di abolire tale suo riflesso, che potrebbe essere anche involontariamente provocato con trazioni sulle parti vicine, sta a rappresentare una misura di prudenza consigliata anche dall'A. ALIERI.

Effetto della legatura lenta della vena cava inferiore nel cane.

L. Gondard (*C. R. Soc. Biologie*, t. CXII, n. 11, p. 1035) si è proposto di escludere il fegato dal punto di vista venoso praticando delle legature lente della vena cava a posto. Ivi riferisce il risultato della legatura lenta della vena cava inferiore, praticata in cane di 9.300 gr. Isolata la vena cava inferiore, giunti sopra delle vene renali, passava un filo di seta annodato e con nodo non serrato e di cui i due capi del filo furono passati attraverso il fianco ed esteriorizzati sul dorso. Da l'indomani dell'operazione si andò progressivamente stringendo il nodo ogni giorno, progressivamente fino al 17° giorno, quando la vena fu completamente serrata. Dieci giorni dopo la obliterazione venosa comparve abbattimento e polipnea.

Il cane sopravvisse tre mesi e morì durante un intervento praticato per eseguire un'epatoectomia.

Durante tale periodo di tempo si sviluppò rapidamente un'importante circolazione collaterale addominale e turgescenza delle zampe posteriori. Saltuariamente disturbi digestivi, inappetenza, diarrea.

Da pochi giorni dopo l'obliterazione delle vene fino alla morte si osservò glicosuria, albuminuria intermittente, acetonuria, urobilinuria.

Si era determinata una stenosi cicatriziale occludente le vene, senza formazione di trombo.

V. JURA.

POSTA DEGLI ABBONATI

Cura dell'enuresi. — All'abb. n. 5390:

Rimuovere tutti gli eventuali difetti ed affezioni organiche (fimosi, vegetazioni adenoidi, verminosi, vulviti, calcoli, ecc.).

Curare gli eventuali disordini endocrini.

Irrobustire e tonificare l'organismo con alimentazione nutriente, vita all'aria aperta, ai monti ed al mare, esercizi fisici moderati, preparati di fosforo, doccie tiepide o calde.

Proibire il vino, il caffè, il the ed in genere tutti gli eccitanti.

Suggerire cibi poco salati allo scopo di diminuire l'ingestione di acqua, che deve essere ridotta al minimo: il pasto serale deve essere assolutamente secco.

Evitare l'affaticamento psichico ed i perturbamenti emotivi; astenersi dalle riprensioni e dalle punizioni che spesso aggravano il difetto. Non dimostrare nessuna preoccupazione per il fatto ed infondere la persuasione che si tratta di un disturbo transitorio.

Fare mingere prima dell'inizio del sonno.

Astenersi dall'interrompere il sonno per far vuotare la vescica ed evitare l'emissione involontaria dell'urina.

Confidare poco nei medicamenti. Se non se ne vuole o può fare a meno consigliare l'antipirina e la belladonna (alternativamente) che sono i più raccomandati.

Recentemente sono stati rilevati buoni effetti dall'uso dell'urotropina: la formaldeide liberata nella vescica ecciterebbe e tonificherebbe lo sfintere.

DRAGOTTI.

VARIA

È la malarioterapia veramente pericolosa?

J. Wagner-Jauregg (*Wien. Klin. Woch.*, 9 giugno 1933) premette che, in un recente articolo, E. Martini di Amburgo ha attirato l'attenzione degli studiosi sulla pericolosità della malarioterapia sia per il malato che per quelli che lo circondano. L'A. risponde alle osservazioni del Martini, basandosi sulla sua lunga esperienza in materia e difendendo naturalmente il procedimento terapeutico da lui ideato.

Anzitutto non è vero, egli dice, che la malaria inoculata artificialmente possa diffondersi cioè trasmettersi per via naturale ad altri individui: ciò sarebbe possibile soltanto in quei luoghi ove la malaria è endemica. A Vienna, per es., si ebbe subito dopo la guerra un gran numero di malarici provenienti dai Balcani: se la malattia si fosse dovuta diffondere Vienna sarebbe oggi piena di malarici: invece in due anni i casi di malaria si erano ridotti in tutto ad undici. Va bene che a Vienna manca l'anofele, ma anche in località in cui questo esiste non si sono mai visti casi di malaria proveninente da malati inoculati e che abbia colpito qualcuno dei familiari o del personale di assistenza. I casi sarebbero dunque soltanto due, quelli riportati dal Martini.

Un altro punto è quello del pericolo delle recidive che, secondo Martini, sarebbero molto frequenti.

Ora l'A. è sicuro di poter affermare che con le inoculazioni della malaria da uomo a uomo il pericolo delle recidive è quasi nullo. Si tratta anche di saper applicare una terapia chininica efficace essendovi differenze individuali di chininoresistenza. Nella Clinica di Vienna la cura chininica è completata da una breve cura neosalvarsanica.

I casi di recidive in malarici inoculati si sono avuti il più spesso in coloro i quali erano stati inoculati direttamente con l'*anopheles*. Ma anche di queste recidive una opportuna cura può avere facilmente ragione.

G. LA CAVA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

N. LOLLI. *Il comportamento del tasso ureico, dell'acido urico e del colesterolo del sangue nel corso di meningo- ed encefalopatie.* — Tip. S. Bernardino, Siena, 1933.

E. MORETTI. *Su di un raro caso di bottone d'Oriente unico palpebrale, simulante un epitelioma.* — Tip. Osp. Benefic., Palermo, 1933.

L. NAJERA ANGULO, I. CODINA SUQUÉ y J. ABELLO PASCUAL. *Estudios sobre la tuberculosis en Barcelona.* — Grafica Universaal, Madrid, 1932.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Profilassi dell'anchilostomiasi.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica, Divisione 6ª) ha diramato ai Sigg. Prefetti e Autorità assimilate la seguente circolare in data 30 sett. 1933-XI, n. di prot. 20.300.2:

Questo Ministero ha già richiamata l'attenzione delle EE. LL. sullo indirizzo da dare alla profilassi dell'anchilostomiasi, la quale deve essere bensì rivolta agli ambienti di lavoro sotterranei ed agli operai che vi sono addetti, ma deve anche e più particolarmente svolgersi nello ambiente rurale.

L'anchilostomiasi non è soltanto malattia alla quale vanno esposti i minatori, gli operai occupati in scavi di galleria, i fornaciai, e simili; anzi queste condizioni hanno ora minore importanza causale per il fatto che i congegni profilattici e le molteplici forme di assistenza stabilite dalle vigenti disposizioni sanitarie e da quelle tutelatrici del lavoro, hanno grandemente ridotto ed anche eliminato il pericolo di infestione nei lavori sotterranei.

Le indagini, disposte da questo Ministero per una più sicura conoscenza della diffusione delle malattie nel Regno, hanno, peraltro, rilevato che la anchilostomiasi non soltanto è più diffusa di quanto poteva supporsi, ma che essa si presenta in varie località come manifestazione endemica, sia circoscritta, sia con caratteri di diffusione epidemica.

È inoltre emersa l'insufficienza dei provvedimenti finora emanati per la profilassi dell'anchilostomiasi, i quali sono generalmente rivolti a prevenire l'infestione nei lavori sotterranei. Tali provvedimenti, è utile ricordarlo, trovano la loro base nella circolare 30 marzo 1901, n. 20300.18, per la profilassi della detta malattia nelle solfare; nel R. D 25 luglio 1913, n. 998, che approvò il disciplinare per il buon governo igienico dei cantieri e dei lavori in gallerie; nel Decreto del Ministero dell'Interno 15 ottobre 1923, che rese obbligatoria la denunzia dell'anchilostomiasi limitatamente ai casi riscontrati negli operai addetti a lavori di gallerie, nelle miniere, nelle fornaci, nei cantieri di opere pubbliche e negli opifici in genere, nonchè nelle organizzazioni istituite con proficuo rendimento nelle solfare della Sicilia e nei cantieri della direttissima Firenze-Bologna, ed infine nella legge 13 maggio 1929 sull'assicurazione contro le malattie professionali, tra le quali è compresa l'infestione da anchilostomiasi nei lavori sotterranei.

Il Decreto Ministeriale 22 maggio 1933, disponendo la denunzia obbligatoria di tutti i casi anche sospetti di anchilostomiasi, dovunque e comunque osservati, ha colmato una lacuna esistente, e presentemente questa malattia è considerata alla stregua di quelle infettive e diffusive per le quali è richiesta una pronta ed efficace profilassi.

Il limitato numero dei casi, che annualmente vengono denunziati, e che si aggirano a poco più del migliaio, non deve far ritenere che la malattia non abbia grande importanza epidemiologica per il nostro Paese. Molti casi sono finora sfuggiti alla conoscenza, e molte forme di anemie, dovute ad anchilostomiasi, sono state attribuite ad altre cause morbose.

Il problema ha, però, grande importanza sia per la facilità di propagazione della infestione nell'ambiente rurale, sia per i danni derivanti al malato, del quale resta scemata in gran parte, o viene anche del tutto impedita, la capacità al lavoro.

Trattasi di malattia sociale della maggiore importanza alla quale sono esposti i lavoratori dei campi, specialmente di quelli concimati con concimi umani, e perciò gli ortolani, i giardinieri, i contadini in genere ed anche gli spazzini, gli addetti al servizio di nettezza urbana e di vuotatura dei pozzi neri.

Su tale importante argomento sanitario le EE. LL. devono portare ogni vigile personale interessamento, curando la più rigorosa osservanza dei seguenti punti:

1) *Pronta conoscenza della malattia.* — È noto che la malattia decorre sotto forma di anemia progressiva con disturbi dell'apparato digerente e del sistema nervoso, per cui è bene richiamare l'attenzione dei sanitari perchè nei casi di anemia non bene precisata nella causa, specialmente se si verifichino nei gruppi di popolazione più sospetti, facciano eseguire l'esame delle feci del paziente.

Il compito ora è agevolato dal funzionamento dei laboratori provinciali di igiene e di profilassi, e pertanto codesto medico provinciale dovrà esaminare il modo migliore come facilitare tali ricerche e l'invio del materiale al laboratorio da parte degli ufficiali sanitari.

Indipendentemente dalle *denunzie*, che devono eseguirsi in tutti i casi, anche se sospetti, per venire a conoscenza dei focolai endemici ritiensi utile, che si porti l'attenzione sulle denuncie di morte e sulle schede ospedaliere, così che, qualora si rilevi un numero non giustificato di forme anemiche e cachettiche, possano eseguirsi le indagini del caso.

2) *Misure preventive.* — Il miglioramento dei servizi di nettezza urbana, la cura diligente data dalle Amministrazioni locali per la eliminazione delle materie fecali, mediante idoneo sistema di fognatura statica o dinamica, le provvidenze per impedire o limitare la dispersione di esse, sono fattori importanti per impedire la propagazione dell'anchilostomiasi, congiuntamente al miglioramento delle condizioni dell'ambiente sociale e della educazione igienica della popolazione rurale, nonchè ad una idonea difesa igienica delle acque e del suolo da ogni contaminazione specifica.

Converrà, perciò, provvedere che si migliorino le latrine domestiche, adottando nelle campagne pozzi neri a tenuta perfetta; che si vieti il disperdimento all'aperto delle materie fecali; che si impiantino igieniche concimaie, le quali, qualora si manifestino casi di anchilostomiasi, devono essere convenientemente trattate con calce, o con sale grezzo, ovvero col solfato ferroso ecc.

3) *Misure repressive.* — Accertato un caso di anchilostomiasi, e più ancora un focolaio di endemia, occorre subito intervenire per *curare* sistematicamente il malato, mediante timolo, olio cloroformico, ed altri medicamenti, e per eliminare la possibilità che egli dissemini all'aperto

le feci, la cui disinfezione deve essere curata nel miglior modo.

Le indagini sulla ricerca di *portatori* devono essere estese non solo alle persone di famiglia ma anche a quelle della zona, e nei confronti degli stessi deve eseguirsi la timolizzazione fino a scomparsa delle uova di anchilostoma nelle feci.

4) *Propaganda ed educazione igienica*. — Portare a conoscenza delle masse rurali la gravità della malattia ed il modo come essa si trasmette, educarle a piccole misure di pulizia personale, sono opere grandemente benefiche ai fini della profilassi.

L'adozione di queste cautele da parte dell'individuo non importa spese e sacrifici. Cercare di non andare scalzi; curare la pulizia personale, evitando di portare alla bocca mani insudiciate di terra; di lavarsi le mani prima dei pasti; non defecare allo scoperto, ecco quanto richiedesi per la difesa individuale, e questo Ministero non dubita che l'azione degli ufficiali sanitari e dei medici condotti si svolgerà efficacemente per ottenere, anche in questo campo, l'elevamento della cultura igienica delle popolazioni rurali.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile*. — Scad. 1° nov., ore 17; primario del reparto di medicina; L. 5896 già decurtate del 12 %; età lim. 45 a. al 1° sett.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; nom. e conferme quinquennali. Chiedere annunzio.

AOSTA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 30 dic.; direttore sanitario; L. 14.000 oltre L. 4000 serv. att., L. 4000 compenso inibizione libera profess., L. 500 mensili (revidibili) trasferta, rimborso delle pure spese di viaggio; età lim. 45 a. al 15 sett. Chied. altre condizioni. Rivolgersi Presidente.

ARSOLI (*Roma*). — Scad. 30 nov.; L. 9500 e 5 quadrienni decimo; c.-v.

BARLETTA (*Bari*). *Ospedale Civile « Principe Umberto »*. — Scad. 30 nov.; chirurgo primario; L. 8000 lorde 12 %; 60 % partecipaz. Rivolgersi Segreteria Congregaz. di Carità.

BERGAMASCO (*Alessandria*). — Scad. 30 nov.; lire 7000 d'indenn. residenziale e servizio ai poveri, L. 1000 cavalc., aumenti di legge.

BISACQUINO (*Palermo*). — Scad. 21 dic.; 2ª cond.; età lim. 35 a.; L. 8500 e 5 quinquenni dec.; trattenute e diminuzioni di legge; addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.

CAMPAGNANO DI ROMA (*Roma*). — Scad. 15 nov., ore 18; L. 9500 per 1000 pov.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; addizionale L. 4; L. 1267,20 c.-v.; L. 400 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 sett.

CATANIA. *R. Prefettura*. — Concorso per titoli ed esami ai posti di ufficiale sanitario dei Comuni di Militello, Adrano e Mascali. Stipendio iniziale L. 6000 annue, suscettibile di quattro aumenti periodici quinquennali del decimo. Il termine per la presentazione dei documenti scade il 20 novembre 1933-XII. Per le altre informazioni gli interessati dovranno rivolgersi alla Prefettura di Catania.

COLLE DI VAL D'ELSA (*Siena*). — Scad. 31 ott.; L. 7500 e quota mobile di L. 1783, cavalc. L. 4000, 6 quadrienni dec.

CORI (*Roma*). — Scad. 31 dic.; per Valle; L. 9300 e 5 quadrienni dec.; addizionali L. 4 e L. 5; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

COSENZA. — Il Prefetto della Provincia, in data 7 ottobre, rende noto che tra i Comuni per i quali con avviso 26 agosto p. p. è stato bandito concorso per titoli ed esami ai posti di Ufficiale Sanitario va pure compreso quello di S. Basile con retribuzione annua assegnata al posto di L. 2500.

GALLUCCIO (*Napoli*). — Per titoli. Condotta medico-chirurgica per la cura dei poveri. Stipendio annuo, lordo, L. 9500 con diritto a 5 aumenti quadriennali del decimo, oltre L. 2800 annue per indennità cavalcatura. Stipendio e indennità sono soggetti alla riduzione del 12 % secondo il Decreto 20 nov. 1930 n. 1491. La indennità di cavalcatura sarà annualmente riveduta dall'Amministrazione Comunale che potrà confermarla o ridurla a proprio criterio insindacabile tenendo presenti le effettive esigenze del servizio ed il costo dei trasporti. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Galluccio, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 25 novembre 1933-XII.

GENOVA-VOLTRI. *Opera Pia Ospedale S. Carlo*. — Scad. 31 ottobre; chirurgo primario, aiuto chirurgo e aiuto medico; L. 6000 pel primario, L. 2400 per gli aiuti; riduz. 12 %; partecipaz.; doc. a 3 mesi dal 1° sett. Chied. annunzio alla Segreteria.

GUALTIERI (*Reggio Em.*). — Scad. 30 ott.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 1000 indenn. categoria e L. 3000 cavallo o automob.

GUIDIZZOLO (*Mantova*). — Scad. 31 ott.; L. 9000 oltre L. 2500 trasp., L. 600 uff. san.

MANTOVA. *Istituti Ospedalieri*. — Scad. 18 nov., ore 17; due medici assistenti; L. 5500, c.-v., L. 16 al giorno e vitto per le guardie, alloggio, partecipaz.; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 18 ag.; nom. triennale; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio al segretario del Consiglio d'Amministrazione.

MARTINENGO (*Bergamo*). — Per titoli. Posto di medico chirurgo della prima condotta. Stipendio base L. 6500 con cinque aumenti quinquennali di un decimo. Indennità di cavalcatura (cavallo o motocicletta) L. 1150. Indennità di L. 5 o di L. 2 per ogni povero che abbia diritto, rispettivamente, o alla sola cura medico-chirurgica o alla assistenza medica ed ai medicinali. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le relative modalità ecc. possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Martinengo, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 30 nov. 1933-XII.

MASSA. *Comune*. — Scad. 31 ott.; due medici condotti rurali e uno supplente; per i primi due posti L. 10.350 oltre L. 1500 cavalc.; per il terzo L. 8050; decurtaz. 12 %; età lim. 40 a.

MIRABELLO COMASCO (*Como*). — Scad. 31 ott.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 700 uff. san., L. 700 bicicletta, L. 500 ambulat. se in casa; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

PADOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami. Posto di Direttore del Consorzio e del Dispensario Provinciale, e posto di Aiuto-Medico del Dispensario stesso.

Stipendio iniziale del Direttore L. 18.000, indennità di servizio attivo L. 3000 più il 20 % sui proventi del Dispensario. Età massima anni 45 salvo le eccezioni e le protrazioni di legge e di regolamento

Stipendio iniziale dell'Aiuto Medico L. 10.000 e indennità di servizio attivo di L. 1000, più il 10 % sui proventi del Dispensario. Età massima anni 35, salvo le eccezioni e le protrazioni di legge e di regolamento.

Gli stipendi iniziali di entrambi i posti sono suscettibili di tre aumenti quinquennali del decimo; gli stipendi stessi e le indennità sono al netto della riduzione del 12 % di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491, ma al lordo delle altre ritenute di legge. Per le altre condizioni di concorso chiedere bando alla Segreteria del Consorzio: Palazzo dell'Amministrazione Provinciale, Padova. Le domande di aspiro ed i documenti dovranno pervenire alla Segreteria predetta entro le ore diciassette del 21 novembre 1933-XII.

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 16 nov.; due primari chirurgi; titoli ed esami. Stip. L. 7800; c.-v. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria.

S. STEFANO DI SESSANO (*Aquila*). — Scad. 25 ott.; L. 8360 e 4 sessenni dec., oltre L. 440 uff. san.; compensi già ridotti 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

TIROLO (*Bolzano*). — Scad. 31 ott.; L. 6800 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 700 trasporto; uff. san. L. 680; L. 1020 arm. farm.

TREZZO D'ADDA (*Milano*). — Per titoli. Posto per un secondo medico-chirurgo, con servizio limitato ai soli poveri. Stipendio annuo, senza indennità caro viveri, L. 9000 con 5 aumenti quadriennali di un decimo. Tali assegni sono soggetti alle trattenute dei contributi Cassa Prev. e imposta di R. M. C. nonchè alla riduzione del 12 %. Indennità per mezzo di trasporto (bicicletta, della quale dovrà essere costantemente fornito) L. 400 annue, ridotte del 12 %. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi all'Ufficio Protocollo del Comune di Trezzo d'Adda, debbono pervenire all'Ufficio predetto non oltre le ore diciassette del 31 ottobre 1933.

UDINE. — Il Commissario Prefettizio informa che la scadenza del concorso al posto di Direttore Sanitario dell'Ospedale Civile S. Maria della Misericordia, è prorogata alle ore diciotto del 15 novembre 1933-XII.

VICENZA. *Ammin. Provinc.* — Scad. 20 ott., ore 12; coadiutore della Sez. batteriolog. e med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi; L. 15.000; compartecipaz.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ZOAGLI (*Genova*). — A tutto 30 nov.; L. 7200 ridotte, 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° ott.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Borsa di perfezionamento in Psichiatria.

Presso la R. Università degli Studi di Roma è aperto il concorso ad una borsa di perfezionamento in psichiatria, di L. 4500 annue, intitolata al dott. Gaetano Regondi.

Vi possono concorrere i dottori in medicina e chirurgia, laureati presso la R. Università di Roma, di età non superiore agli anni 30. La borsa sarà assegnata per due anni, in modo indivisibile, e sarà pagata in rate semestrali anticipate. I concorrenti dovranno presentare i documenti entro il 30 novembre alla Segreteria dell'Università.

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Gino Dedin.

L'Istituto Lombardo di Scienze e Lettere riapre il concorso a premi, andato deserto, per il miglior lavoro diagnostico e terapeutico sulla paralisi infantile, che presenti carattere di originalità. Sono ammessi laureati italiani da oltre 5 anni che non siano professori di ruolo di cattedre medico-chirurgiche. Chiedere condizioni. Il premio è di L. 10.000. Scad. ore 15 del 31 dicembre.

Posti di assistente volontario nella R. Clinica Medica di Bari.

Nella R. Clinica Medica di Bari sono disponibili alcuni posti di assistente volontario. Gli aspiranti dovranno presentare la domanda e i documenti all'uopo necessari al Rettore della R. Università. Il personale volontario, che viene nominato con decreto Rettoriale, ha gli stessi obblighi di servizio di quello ordinario e gli stessi diritti nell'utilizzare il materiale della Clinica.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Cavaliere di Gran Croce decorato del Gran Cordone: on. sen. prof. Alessandro Lustig.

Grande ufficiale: sen. prof. Riccardo Versari.

Ufficiale: prof. Agenore Zeri, Roma.

Cavalieri: proff. Nicola Leotta, Palermo; Gaetano Lodato, Palermo; Achille Ribola, Palermo; Gilberto Rossi, Firenze.

L'Ufficio di Presidenza della R. Accademia delle Scienze Medico-Chirurgiche di Napoli è stato così costituito per il biennio 1933-34: presidente sen. Giovanni Pascale; vice-presidente prof. Rocco Jemma; tesoriere prof. Gaetano Jappelli.

Nel recente concorso a primari medici negli Ospedali Riuniti di Roma, sono riusciti: 1° Stirpe prof. Giulio; 2° Parlavecchio dott. Alfredo e Spinedi dott. Camillo, *ex aequo*. Per valutazione dei titoli militari è stato dichiarato 2° il dott. Parlavecchio.

Rallegramenti agli insigni sanitari, che raggiungono il posto più alto della carriera ospedaliera.

La commissione era composta dei proff. G. Galli, presidente, Sotti, Panegrossi, Alessandrini Paolo, Scalfati.

Il prof. Arnaldo Malan, direttore della R. Clinica oto-rino-laringologica di Torino, è nominato presidente della Società italiana della specialità.

Il Consiglio degli Istituti clinici di perfezionamento, fondati e già presieduti dal prof. Mangiagalli, ha eletto presidente il gr. uff. Ezio Granelli.

Il sottosegretario di Stato alla Guerra, gen. Baistrocchi, in un ordine del giorno ha tributato un encomio solenne al 1º capitano medico dott. Raffaele Confalone, per l'esemplare contegno tenuto in uno scontro ferroviario, avvenuto in ore notturne, con gravi conseguenze di morti e feriti.

Il prof. Werner Catel, di Berlino, è nominato direttore della Clinica pediatrica di Lipsia.

Il prof. Jacob Glaesi, di Glaris, è succeduto al prof. von Speyer quale direttore della Clinica psichiatrica di Berna.

Il dott. H. S. Barr, professore di anatomia alla Università Yale di New Haven, è nominato professore di anatomia e capo della sezione di neuroanatomia all'Università del Connecticut.

Il dott. Pedro Rojas è nominato professore di embriologia e istologia alla Facoltà di scienze mediche di Buenos Aires.

Il dott. G. R. Minot, professore di medicina (Clinica medica) all'Università Harvard di Boston, il quale ha compiuto opera di pioniere nell'epatoterapia dell'anemia perniciosa, ha ricevuto la medaglia d'oro Moxon del Reale Collegio dei Medici dell'Inghilterra.

La Società internazionale d'urologia ha conferito una medaglia d'oro al prof. Alexander von Lichtenberg, primario urologo nell'Ospedale di Sant'Edvige a Berlino.

Il dott. Florencio Bazán è nominato presidente della Società argentina di pediatria.

Il dott. Julio Palacio è nominato presidente della Società argentina di tisiologia.

NOTIZIE DIVERSE.

20° Congresso italiano di psichiatria.

L'1 corr. si è inaugurato a Siena, con una solenne cerimonia svoltasi nella sala del Mappamondo al civico palazzo, il XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria, alla presenza dell'on. Solmi, sottosegretario di Stato all'Educazione Nazionale, che rappresentava il Governo Fascista.

La cerimonia si è aperta con il saluto recato dal Podestà al sottosegretario ed ai congressisti. Hanno parlato quindi i proff. D'Ayala e D'Ormea per il Comitato ordinatore del Congresso ed il prof. Donaggio, presidente della Società Italiana di psichiatria.

Ha preso infine la parola il sottosegretario di Stato Solmi.

L'oratore dopo di avere rivolto ai congressisti il saluto cordiale del Governo fascista, mette in rilievo l'importanza del problema, che è oggetto degli studi degli psichiatri.

Egli ricorda poi le mirabili provvidenze del Regime fascista, promosse dal Duce fin dai primi anni della Sua feconda e ammirata direttiva di Governo, per portare l'azione degli organi pubblici nelle fibre più delicate e riposte della vita umana, nella sua genesi e nel suo avvenire: Opera Nazionale Maternità e Infanzia, Opera Nazionale Balilla, Opera Nazionale Dopolavoro, irrobustimento dei nuclei familiari, aiuti alle ricerche scientifiche

Mette, indi, in rilievo l'attenzione viva e il vigile interesse con cui il Governo fascista segue il complesso e faticoso lavoro della scienza, come dimostrano le numerose riunioni scientifiche internazionali e nazionali tenute, in questi giorni, a battesimo dal Duce, in Roma, le quali sembrano chiudere sotto l'ala protettiva della scienza la celebrazione decennale dell'avvento del Fascismo.

Il Sottosegretario rivolge, infine, un affettuoso saluto alla città, figlia di Roma, che ospita il Congresso ed esalta i suoi Costituti del 1262 e del 1309-10 i quali contengono singolari disposizioni in materia di sanità pubblica, norme perfezionate, più tardi, nelle leggi cittadine e regionali, negli istituti dell'Ateneo, nelle creazioni ammirevoli delle Pie disposizioni, nel grandioso e modernissimo Ospedale di S. Niccolò.

Chiude con l'augurio che i lavori siano fecondi di risultati e dichiara aperto il Congresso in nome dell'Augusta Maestà del Re.

Prima di cominciare i lavori, il Congresso ha deciso l'invio di telegrammi di omaggio e di devozione a S. M. il Re, al Duce, al Ministro dell'educazione nazionale.

Le sedute scientifiche del Congresso si sono svolte attivamente nella sede dell'Istituto Comunale di Arte e Storia e si sono chiuse a Chianciano.

Ne riferiremo prossimamente.

Il Consiglio direttivo della Società ha prescelto a sede del XXI Congresso la città di Napoli.

Per il futuro Congresso sono stati fissati i seguenti temi: 1) « Clinica e anatomia patologica delle atrofie circoscritte del cervello », relatori i proff. Bonfiglio e Scallio; 2) « Psicosi secondarie alle malattie, psicosi e malattie del ricambio » (malattie epatiche, renali, pancreatiche), relatori i proff. Penta e De Marco; 3) « Metodi della ergoterapia applicati alle varie sindromi psicopatologiche », relatori i proff. Corberi e Daneo.

28° Congresso italiano di dermatologia e sifilografia.

La XXVIII Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia avrà luogo in Pavia dal 21 al 24 ottobre.

I temi di relazione da svolgere sono i seguenti: 1° Tema: « I più moderni aspetti della fisiopatologia cutanea in rapporto coi nuovi dati delle ricerche morfologiche e fisico-chimiche »; 2° Tema: « Lesioni articolari ed ossee nella sifilide (ricerche sperimentali e cliniche) ». Lo svolgimento dei temi è affidato a varie Cliniche della specialità.

I soci e famiglie potranno usufruire dei ribassi ferroviari concessi per l'Esposizione Triennale di Milano. Per la presentazione di malati, proiezioni ecc. rivolgersi al dott. Giuseppe Casazza; per gli alloggi al dott. Giulio Radaeli (R. Clinica dermosifilopatica, Pavia).

25° Congresso italiano di ortopedia.

La Società Italiana di Ortopedia si adunerà a Palermo dal 22 al 24 ottobre: presidente il prof. Edoardo Calandra, vice-presidente il prof. R. Zanoli, segretario il dott. G. Jemma.

Temi di relazione: « Indirizzi odierni nel trattamento delle fratture » (relatore: prof. Ettorre di Milano); « Le artrodesi extra-articolari » (relatore il prof. Zanoli di Pietraligure).

Al congresso interverranno insigni studiosi stranieri.

Segretario della Società è il dott. Giuseppe Tancredi, assistente alla R. Clinica Ortopedica, Policlinico Umberto I, Roma (27).

Congresso internazionale contro il cancro a Madrid.

Al Congresso internazionale della lotta scientifica e sociale contro il cancro, che avrà luogo in Madrid dal 20 al 30 ottobre prossimo, saranno rappresentate 35 Nazioni, Accademie, Leghe contro il cancro, Società e Facoltà medico-chirurgiche di tutto il mondo.

Il prof. Fichera e il prof. Gallenga hanno la rappresentanza ufficiale del Governo Italiano. Il prof. Fichera svolgerà il tema: « Chemioterapia dei tumori maligni ».

Giornate odontologiche dell'Uruguay.

Dal 21 al 24 luglio si svolsero a Montevideo le prime Giornate Odontologiche Uruguayensi, sotto gli auspicî del « Centro de Odontologia del Uruguay ». Vi hanno partecipato odontoiatri uruguayani e argentini.

Scuola e corsi di perfezionamento e di integrazione.

Fino al 6 nov. sono aperte le iscrizioni alla Scuola di perfezionamento in medicina del lavoro, presso la R. Università di Roma; i corsi avranno inizio il 15 nov. Chiedere il programma alla segreteria della Scuola, via Ripetta 180, Roma.

Un corso di perfezionamento nella pratica chirurgica oto-rino-laringologica avrà luogo a Parigi, nell'Ospedale della Croce Rossa e nell'Ospedale Franklin, dall'11 al 16 dicembre, sotto la direzione del prof. G. Portmann; tassa 250 franchi. Rivolgersi al direttore, cours de Verdun 25-bis, Bordeaux.

Un corso elementare di dermato-venereologia avrà luogo a Parigi, dal 3 novembre al 6 dicembre, nei Servizi dei dottori Tzank e Weissenbach, dell'Ospedale Broca; tassa 150 franchi. Rivolgersi al Dr. Martineau, rue Broca 111, Paris (13e).

Commemorazione di Ramazzini.

Il 4 ottobre si sono raccolti a Milano, presso la Clinica del Lavoro, i cultori italiani e stranieri della patologia professionale, per commemorare il 3° centenario della nascita di Bernardino Ramazzini (avvenuta nel 1633, il 4 ottobre e non il 5 novembre come è detto in alcune biografie). Alla cerimonia erano presenti le autorità e una folla di scienziati. Hanno parlato il prof. Luigi Devoto, direttore della Clinica e presidente del Comitato per le onoranze, il prof. Carozzi, anche a nome del direttore dell'Ufficio Internazionale del Lavoro di Ginevra sig. Butler, il dott. Messea, il prof. Pellegrini, a nome dell'Università di Padova, il quale ha messo efficacemente in rilievo come soltanto con l'avvento del Fascismo si sia data la dovuta importanza ai problemi relativi alla medicina del lavoro.

Per gli stranieri, hanno parlato i proff. Martin di Lione, rappresentante del Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale francese, Stassen di Bruxelles, Pometta di Lucerna, Loewy di Praga, il prof. White di Manchester, Kranenburg dell'Aja e Gudjonsson di Copenaghen. Tutti gli oratori, applauditissimi, hanno esaltato l'opera di Bernardino Ramazzini come precursore delle dottrine moderne di medicina professionale. Quindi il consigliere ministeriale Bauer di Berlino ha parlato dell'influenza di Ramazzini sulla medicina del lavoro in Germania. L'ing. Calderan ha portato alle onoranze l'adesione del Ministero delle Corporazioni e la riunione si è infine chiusa con nuove elevate parole del prof. Luigi Devoto.

La giornata seguente venne destinata all'anchilostomiasi. La riunione fu presieduta dal prof. Perroncito. Il prof. Gustavo Quarelli, oratore ufficiale, commemorò Angelo Dubini, scopritore dell'anchilostoma e della malattia che questo determina. Seguirono numerose comunicazioni.

La riunione si chiuse con applausi all'indirizzo del Duce, che ha creato in Italia un nuovo clima morale e valorizzato e potenziato le discipline mediche e tutte le attività intellettuali.

Le onoranze al Ramazzini, iniziate a Milano, hanno proseguito a Parma, ove egli si laureò, a Modena, ove insegnò, ed a Carpi, ove ebbe i natali. Tra i molti discorsi pronunziati, ne segnaliamo uno di S. E. Solmi, a Modena.

Una conferenza di Kahn.

Il prof. Reuben L. Kahn, dell'Università del Michigan (Stati Uniti), il quale è stato ospite dell'Accademia d'Italia per il convegno « Volta », ha tenuto il 4 ottobre una conferenza nella R. Clinica medica di Roma, sulla reazione che porta il suo nome. Intervennero alla riunione illustri personalità della medicina e molti studiosi e tecnici di laboratorio; era anche presente la gentile signora Kahn. L'oratore, presentato dal prof. Tommasi-Crudeli, della Sanità pubblica, fu eminentemente dimostrativo: egli eseguì estemporaneamente la reazione in dieci sieri, forniti dalla R. Clinica dermosifilopatica, e paragonò i risultati con la Wassermann: emersero così le speciali caratteristiche della Kahn. L'oratore illustrò poi le differenze tra specificità e sensibilità delle reazioni serologiche. Il prof. Za-

vagli, dei laboratori della Sanità, si prestò cortesemente a fare da interprete.

Il prof. Kahn ha anche visitato i laboratori dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ove ha eseguito personalmente la reazione, che da due anni viene praticata regolarmente nell'Istituto. Si è recato anche in altri Istituti scientifici di Roma.

Gli esami di Stato nelle Università.

Gli esami di Stato nelle Università avranno inizio, per tutte le professioni e per tutte le sedi, nel mese di novembre, in giorno che sarà destinato dall'Ordinanza ministeriale che indìce la sessione. Le domande di ammissione, su carta legale, saranno dirette al presidente della Commissione esaminatrice presso l'Università o l'Istituto compresi tra le sedi indicate nell'Ordinanza ministeriale. Le domande che pervenissero direttamente al Ministero non saranno prese in considerazione. Per gli esami di Stato non sono ammesse sessioni suppletive o speciali, spettando ai presidenti delle Commissioni esaminatrici di stabilire per le singole sedi l'ordine di svolgimento delle prove, ordine che viene reso noto con avvisi affissi nell'albo delle Università o Istituti sede di esami.

Clinica chirurgica riaperta a Berlino.

La Clinica chirurgica della Ziegelstrasse, di cui il prof. A. Bier era stato l'ultimo direttore e che per ragioni economiche venne chiusa, lasciandone sussistere solo un servizio d'ambulatorio, verrà ora riaperta, per decisione del nuovo Governo. La Facoltà medica di Berlino ha proposto al ministro la seguente terna di candidati: 1° M. Kirschner, di Tubinga; 2° v. Schmieden, di Francoforte sul Meno; 3° H. von Haberer, di Colonia.

La Facoltà medica di Lima.

L'Accademia di Medicina di Lima ha nominato una Commissione, composta dei proff. Leonidas Avendaño, Max González Olaechea e Raúl Rebagliati, allo scopo di studiare le basi economiche e tecniche per la riapertura della Facoltà medica di Lima e dare sicurezza di stabilità agli insegnanti, ponendoli al coperto dalle vicende politiche.

Una "casa dei medici" a Rio de Janeiro.

Il Sindacato Medico Brasiliano ha deciso di costruire a Rio de Janeiro una « Casa do Medico ». In essa avrà sede il « Club medico »; vi si terranno anche i congressi medici nazionali; vi si organizzeranno corsi di perfezionamento, ed a tale scopo essa avrà un vasto auditorium, con dipendenze. Comprenderà varie sale per riunioni e una biblioteca. Le conferenze verranno diffuse per radio, in modo che possano profittarne tutti i medici. La casa dei medici ospiterà, temporaneamente, gl'insegnanti chiamati a tenere i corsi e che non hanno dimora a Rio de Janeiro. Inoltre ospiterà stabilmente i medici invalidi e poveri. Per l'alloggio dei medici disporrà di molti appartamentini, confortevoli e relativamente ampi. Una palestra, un campo di tennis, una piscina ed una cappella completeranno le installazioni.

Onoranze a primari ospedalieri.

Il 13 agosto, nella sala del Consiglio d'amministrazione degli Ospedali Riuniti di Napoli, ebbero luogo, ad iniziativa della Scuola Medica Ospedaliera, cordiali onoranze ai primari proff. Gaetano Bernabei, Pasquale Cera, Raffaele Ianni, Felice Piccinino, Eduardo Salvia e Gaetano Sorge, che hanno lasciato il servizio per raggiunti limiti d'età. Parlarono il presidente del Consiglio d'amministrazione marchese Vincenzo Girace, il presidente del Comitato per le onoranze comm. Merolla, il presidente della Scuola prof. Gabriele Tedeschi, ed il prof. Domenico Pace, oratore ufficiale; rispose per i festeggiati il prof. Sorge.

A ciascuno dei festeggiati fu offerta una medaglia-ricordo in oro ed un artistico album con le firme degli aderenti.

Medici tedeschi nell'Inghilterra.

L'Inghilterra viene a trovarsi in grave imbarazzo a causa dell'affluenza straordinaria di medici provenienti dalla Germania, dalla quale sono costretti ad allontanarsi per ragioni di razza o per le opinioni politiche professate.

Questa migrazione è quanto mai inopportuna, data la crisi economica da cui l'Inghilterra è travagliata e che si fa sentire molto duramente sui medici. Tuttavia l'Inghilterra non vuole smentire le sue tradizioni di liberalità e di ospitalità: istituti ospedalieri e scuole mediche si adoperano a far posto ai nuovi venuti, malgrado appartengano ad una nazione che era nemica. Uno dei casi più caratteristici riguarda il dott. Fränckel di Berlino, notissimo per i suoi studî sul cancro; lo « Westminster Hospital » di Londra ha posto a sua disposizione il laboratorio patologico. Tuttavia non è facile di trovar lavoro per i medici liberi esercenti venuti dalla Germania, il cui numero si vuole che abbia già superato la cifra di 1000. E la migrazione continua, sia pure in proporzioni sempre più ridotte.

Le estreme onoranze alla salma di Pietro Castellino.

Il 9 corr. vennero tributate solenni onoranze funebri alla salma del prof. Pietro Castellino, alla presenza dell'Alto Commissario per la provincia di Napoli e di tutte le autorità cittadine, del Rettore magnifico della R. Università, che rappresentava anche il Ministro dell'Educazione Nazionale e il sen. Marconi, del Vice Podestà di Foggia, della quale città l'estinto era cittadino onorario, di numerosi senatori e deputati, di rappresentanti di varie Università e Istituti clinici del Regno, dell'on. Morelli per il Sindacato nazionale dei medici, di professori e studenti universitari.

Dinanzi alla bara, collocata nell'atrio della prima clinica medica, hanno pronunciato discorsi, illustranti la vita e l'opera svolta dall'estinto per la diffusione di geniali dottrine mediche, il sen. Pascale, preside della Facoltà medica, uno studente, il prof. Boeri della terza clinica medica, l'on. Morelli, che ha espresso il cordoglio di tutti i medici d'Italia e il Rettore Magnifico on. Salvi che ha letto infine i telegrammi inviati dall'on. Ercole e da Guglielmo Marconi. Il Segretario federale ha fatto l'appello col rito fascista.

Il corteo funebre è stato imponente.

Seguivano il feretro i figli dell'estinto on. Niccolò e prof. Pietro e gli altri congiunti. Alla Università la truppa ha presentato le armi, e il corteo si è sciolto.

Disciplina della vendita di valeriana a New York.

A richiesta dell'Ufficio di Polizia di New York, l'Ufficio d'Igiene della stessa città ha dettato ri-

gorose norme per la vendita della valeriana e dei valerianati, onde infrenarne l'impiego fattone da delinquenti, per la confezione di bombe asfissianti, grazie alle quali vengono messi fuori combattimento i presenti alle loro gesta, mentre essi stessi sono protetti.

La vendita di valeriana, di valerianati e di prodotti derivati potrà, d'ora in poi, esser fatta solo su prescrizione medica e solo da farmacisti o da medici o da veterinari. I fabbricanti dovranno indicare la quantità di detti medicinali contenuta in ogni pacco o sulle preparazioni composte. I fabbricanti ed i farmacisti dovranno registrare con cura i prodotti valerianici che passano per le loro mani.

Ciarlatanismo terapeutico.

È stato chiuso a Ginevra un istituto medico-farmaceutico chiamato « Central-Union », con sede nella rue de la Cloche, essendosi accertato che smerciava pillole composte di solo lattosio, cui venivano attribuite grandi virtù terapeutiche. Un Conto Corrente Postale, intestato al vice-direttore, segnava un deposito di 230.000 franchi svizzeri, ossia circa un milione di lire italiane. È solo con questo mezzo che si effettuavano le riscossioni, come pure i pagamenti (per fitto di locali, materia prima, spese generali ecc.). Il direttore dell'Istituto, dott. von Weber, e il vice-direttore, dott. Ernst, si sono ecclissati. Del secondo non si hanno più notizie; il primo si è rifugiato in Francia, ma il giudice istruttore ne ha chiesto l'estradizione. Il dott. von Weber ha annunziato che, a sua volta, intenterà causa contro il Consiglio cantonale di Ginevra.

Per la legalizzazione dell'aborto in Czecoslovacchia.

Il ministro della giustizia della Czecoslovacchia ha presentato al Parlamento un disegno di legge sull'aborto provocato. Questo in certi casi non sarebbe più passibile di condanna, anche se ne esulano ragioni terapeutiche. Sono precisate le indicazioni eugeniche e sociali che autorizzerebbero l'aborto. Si richiederebbe il consenso espresso della donna e l'intervento dovrebbe essere praticato da medici.

Un po' dovunque.

Il Convegno fra i medici della regione verbanese è stato rimandato alla prossima primavera.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 21 luglio, sotto la presidenza del prof. M. Donati; furono fatte comunicazioni dai soci: S. Palazzi, M. Donati e E. Greppi, A. Ciminata, R. Pecco e G. Peracchia, C. Lorenzetti e A. Pezcoller, G. Coggi, G. Nogara, A. Bich.

Fino al 31 ottobre sono aperti i corsi per l'iscrizione all'Istituto di S. Caterina, Scuola-convitto per infermiere, presso l'Ospedale di S. Martino in Genova. Rivolgersi alla Direzione sanitaria degli Spedali Civili in Genova.

A presidente della Repubblica di Cuba è stato nominato il prof. Ramon Grau S. Martin, ordinario di fisiologia nell'Università di Avana.

È morto ad Ancona, in età di 47 anni, il prof. ARRIGO MONTANARI, primario radiologo in quell'Ospedale Civile Umberto I, insigne cultore della specialità.

È deceduto a Vienna, in età di 56 anni, il dott. ROMEO MONTI, direttore di quell'Ospedale Infantile di Sant'Anna, il più antico ospedale infantile dell'Austria.

È morto a Reggio Calabria il ten. gen. medico TOMMASO VIRDIA, presidente di quell'Ordine dei Medici.

Si è spento il gr. uff. CECILIO VALLARDI, che ha impresso un potente impulso alla nota Casa editrice fondata dal padre Francesco, specializzatasi in pubblicazioni mediche. Il nipote, dott. Gianni Vallardi, continuerà ora la tradizione che costituisce un vanto della nostra editorìa.

l. p.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XL — Roma, 23 Ottobre 1933 - XI — Num. 43

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

SCUOLA DI MEDICINA PRATICA A. MINICH DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA.

Stenosi mitralica a forma emoftoica. Induramento bruno del polmone, calcificante.

Lezione epicritica

del prof. G. JONA, medico primario.

In una lezione dello scorso anno (*Policlinico*, Sez. Prat., 1932, n. 23) vi presentai un malato di 29 a., Bott. A., soggetto da lunghi anni a emottisi ricorrenti gravi, nel quale malgrado la negatività di alcuni segni fondamentali dell'esame fisico, formulai il giudizio di stenosi mitralica di origine endocarditica, con induramento bruno del polmone, secondario. Chiudevo la lezione con un pronostico grave « che in tempo relativamente breve doveva avere la sua sanzione inevitabile ».

L'ammalato venne a morte il 29 dicembre in un Ricovero di Cronici; l'autopsia, praticata nel nostro Ospedale (prof. Fabris) concluse alla seguente formula diagnostica: « Endocardite cronica di sinistra con stenosi mitralica di altissimo grado. Ipertrofia accentuata del v. destro; degenerazione torbido-grassa del miocardio. Notevole induramento bruno dei polmoni con calcificazioni nodulari multiple pleuriche e parenchimali, fegato a noce moscata. Cianosi indurativa della milza; nefrosi torbida; emaciazione ».

Dunque, diagnosi e prognosi ebbero la fortuna di piena conferma. Ma, certamente, non perciò varrebbe la pena ch'io vi trattenessi nuovamente sul caso, che è di diagnosi di tutti i giorni.

Lo faccio perchè, col nuovo fondamento offertoci dall'autopsia e dagli esami istologici e radiologici dei pezzi più importanti, possiamo interpretare con sicurezza le circostanze che resero non banale il caso clinico, e anche chiarire punti di dottrina della forma morbosa di cui si tratta.

Prima di tutto, voglio ritornare brevemente su alcuni particolari semejotici.

Vi avevo fatto rilevare come da lungo tempo, e in forma stabile, fossero venuti a mancare nel malato, e il fremito presistolico, e ogni rumore presistolico o diastolico, e lo sdoppiamento del 2° tono, fenomeni che in tempo precedente avevano esistito.

Lasciai indeciso se il fatto dipendesse dal-

l'indebolimento miocardico, o dall'aggravarsi del vizio stenosante.

Oggi i pezzi anatomici che stanno dinanzi a noi, stanno per la 2ª ipotesi, poichè la degenerazione del cuore non apparisce grave, l'ipertrofia si mantenne concentrica, non vi fu segno di dilatazione eccentrica, espressione anatomica della asistolia, specialmente di quella a lenta istituzione.

Invece le condizioni dell'orificio sono gravi quanto mai: la lesione è vegetante e deformante, neanche la punta del mignolo riesce a penetrare nell'orificio.

Osservo che, restando ferma, come vi dissi nell'altra lezione, la abituale mutabilità dei segni ascoltatorii della stenosi mitralica, vi è però differenza nella scomparsa dei soffi e anche dello sdoppiamento del 2° tono, a seconda che ciò avviene transitoriamente, o in modo definitivo. Essa p. es. fu transitoria nel malato Sin. B., che vi presentai di recente, con diagnosi *di stenosi mitralica, embolia della femorale s., fatti fisiopatici a carico dell'arto inf. corrispondente*, ammalato che feci poi operare di arteriectomia dal prof. Forni, e con buon successo. Anche in lui la sintomatologia ascoltatoria si presentò talora muta, ma però più e più volte ci fu dato di cogliere nettamente il più caratteristico ritmo di Duroziez.

Ora, se mal non mi appongo, questa differenza di comportamento nel fatto stesso della incostanza dei segni ascoltatorii, decide per l'una o per l'altra delle cause che la determinano: quando la scomparsa dei soffii è transitoria, dipende da stato vario della sufficenza miocardica, esposta di per sè nei cardiopatici a così frequenti oscillazioni; quando è costante, o definitiva (come la lunghissima osservazione del malato Bott. ha dimostrato) significa un progressivo e grave e irrimediabile peggioramento della stenosi dell'orificio.

Ma non è solo soffio e fremito che erano venuti a mancare nel Bott. Lo sdoppiamento del secondo tono, che nelle prime degenze dell'andamento *decennale*, appare descritto ogni volta nelle nostre cartelle nosologiche, anch'esso era venuto a mancare. Perchè?

Lo sdoppiamento del secondo tono è considerato uno dei segni fondamentali della sindrome ascoltatoria della stenosi mitrale: taluno lo aveva detto addirittura patognomonico.

Esso fu codificato da Potain, che ne considerò la variabilità nel decorso morboso della stenosi, e la schematizzò, ammettendo in un primo stadio uno sdoppiamento a precedenza aortica, nel secondo stadio un'accentuazione del tono senza sdoppiamento, nell'ultimo stadio uno sdoppiamento a precedenza polmonare.

Come tutte le concezioni schematiche, evidentemente questa legge deve andar incontro a non rare eccezioni; tale è il caso nostro, in cui lungo tutto l'ultimo periodo non vi fu più traccia di sdoppiamento.

Ciò dipende, credo, dal fatto che, resa estrema la stenosi dell'orificio mitralico, divenne così bassa la tensione del ventricolo sinistro e così povera l'onda lanciata in aorta e ricadente sulle sigmoidi, che il fenomeno acustico corrispondente non si rese più percettibile, e lasciò, sola, la percezione del secondo tono alle polmonari.

Questi rilievi semeiotici, che acquistano significato dall'epicrisi anatomo-clinica, potrebbero sembrarvi ormai di poca importanza, di fronte a tutte le nuove conquiste della cardiologia e ai dati strumentali che esse hanno insegnato ad utilizzare.

Ma che ancora tali minuzie dell'esame fisico diretto del cuore, sieno utili nella pratica, e vadano ancora inculcate e ribadite nei giovani a dimostrazione di tutto ciò che può e deve dare l'esame puramente clinico del malato, lo prova il recente articolo pubblicato nel « Cuore e Circolazione », da un valoroso clinico ospedaliero romano, il Carducci, col solo scopo di ribadire e allargare alcuni semplici artifici di semeiotica elementare, atti a facilitare la diagnosi delle cardiopatie.

Considerate questi miei cenni, come una piccola aggiunta all'articolo del Carducci, partente come esso dalle giornaliere necessità della ricerca, del pratico ospedaliero.

*
* *

L'altro punto su cui debbo ritornare, è il reperto radiologico polmonare, di allora, e il corrispondente reperto di autopsia, di oggi.

Vi feci rimarcare nella radiografia di un anno fa, e che ora vi ripresento, la presenza di numerose ombrette rotonde del campo polmonare, che, d'accordo coi nostri radiologi, interpretai come espressione del processo di stasi, e, più concretamente, ritenni rappresentazione di noduli di addensamento da induramento bruno del polmone (fig. 1).

Vi citai i lavori di D'Amato, di Balestra e Ghio, e il controllo istologico del caso di D'Amato (*Radiologia Medica*, 1926) a cui i noduletti si dimostrarono costituiti da masse di cellule pigmentali da stasi.

Ora, eccovi i polmoni del nostro caso, che si presentano ingranditi e pesanti (gr. 3050), diffusamente sodi, coi lobi inferiori alla superficie di sezione aventi il tipico aspetto dell'induramento bruno da stasi, e disseminati di noduli di aspetto e consistenza calcarea, grossi da una testa di spillo a un piccolo pisello, per lo più puntuti, o moriformi, stentatamente enucleabili dal tessuto, ove lasciano, apparentemente senza lacerazione, una corrispondente piccola cavità liscia e lucente.

Ve ne presento anche la lastra radiografica (fig. 2).

Questo reperto non è comune e mi giustifica anche da questo lato, se considerai il caso come non del tutto banale.

Sarà per voi di un qualche interesse, che esaminiamo insieme i pezzi anatomici, i preparati microscopici, ed anche la lastra radiografica che fu istituita dal polmone tolto dal cadavere, e che ci permette di considerare la importanza, anche radiologica, del caso.

Nei preparati istologici, vediamo tutte le fasi dei processi derivanti dalla stasi: dico *tutte le fasi* perchè, se voi scorrete questa serie di preparati, tratti da punti varii, vedrete che essi vanno dalla replezione, ancora in atto, di vene e capillari ben conservati, dalle rotture recenti, con sangue fresco effuso nelle cavità aeree, sino alla sclerosi antica e fitta.

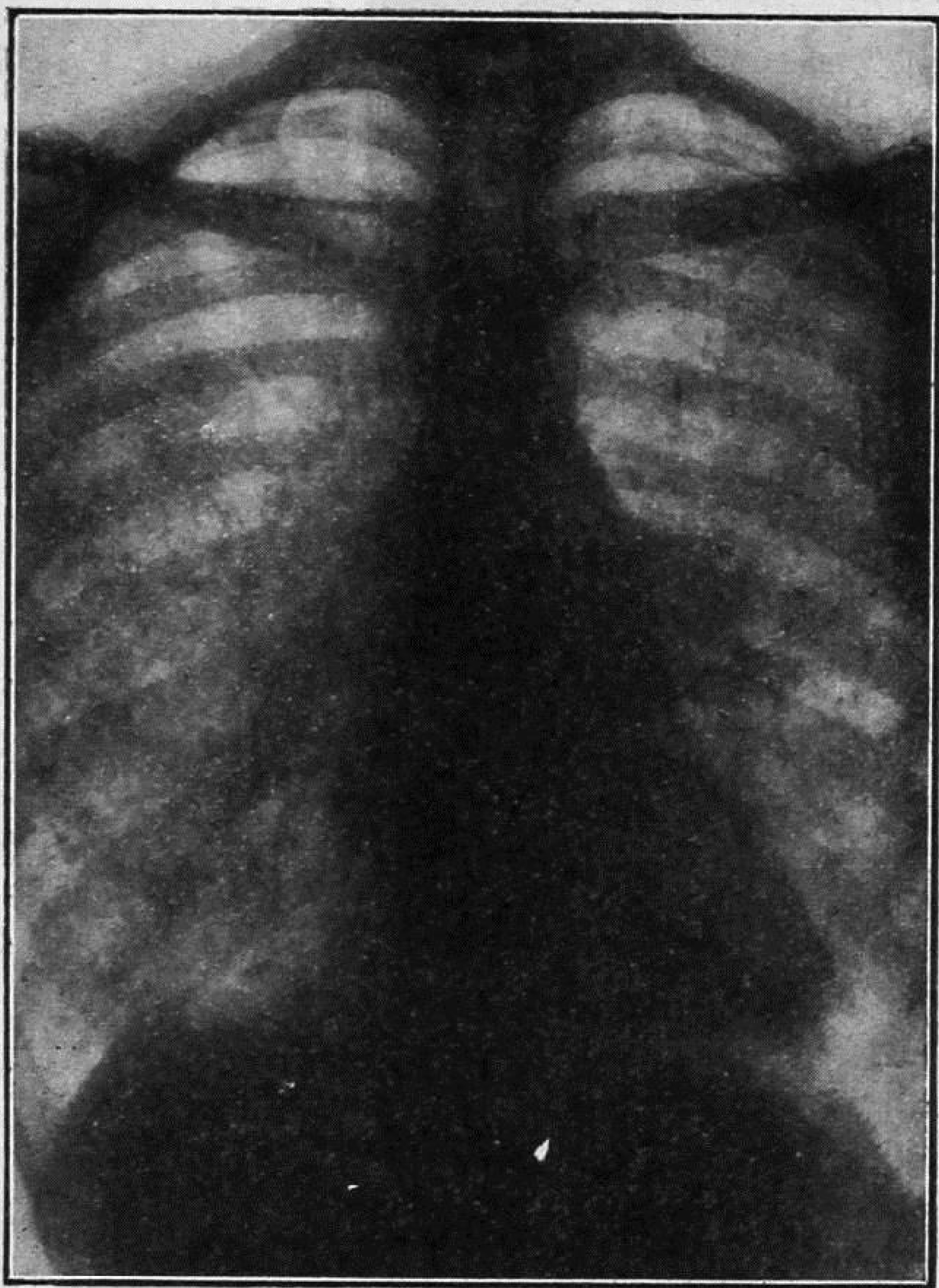


FIG. 1. — Lastra radiografica del torace, un anno prima della morte.

Tra questi due estremi, voi potete cogliere gli stadi più vari del processo, varissimi di data, e varissimi anche di aspetto, poichè anche in questo processo di stasi, come si può dire in ogni altro della patologia, è incredibile la multiformità dei meccanismi istologici con cui esso si svolge, e attraverso cui giunge a quello che è il suo *esito*, e cioè a quell'aspetto complessivo, macroscopico, che è come la sintesi di essi.

Se in uno stesso polmone, cogliamo tutti gli stadi del processo, come è nel caso attuale, vuol dire che la causa, immanente, fu pure costantemente operante: cioè la fortissima stasi, determinata dalla stenosi mitralica ingravescente, ha invaso successivamente territori nuovi, e quando un tratto, giunto alla fibrosi e alla sclerosi, non si prestò più a distendersi sotto la pressione della colonna sanguigna stagnante, questa distese tratti nuovi, rompendo le pareti vasali e dilagando nelle cavità aeree, portando i nuovi attacchi emoftoici, e le sequele anatomiche, in nuova serie.

Se noi ci arrestassimo a interpretare il significato degli aspetti varissimi del tessuto polmonare, qua sclerotico, là enfisematoso, qua pieno di stravasi sanguigni recenti, là infiltrato di piccoli focolai parvicellulari, perivasali e peribronchiali e sottopleurici, qua con masse pigmentali accolte in cavità alveolari o in spazi linfatici, là in cavità a tipo bronchiettasico piene di una massa colloide infiltrata di calce, se noi, dico, volessimo porre a raffronto tutte queste varietà di reperti, colla varietà delle sofferenze che il paziente presentava nell'evoluzione del morbo, ne trarremmo i maggiori insegnamenti.



FIG. 2. — Lastra radiogr. del polmone d., tolto dal cadavere.

Nel nostro malato che fu un mitralico a decorso sopratutto polmonare, e i vari aspetti sotto cui si presentò l'emoftoe (come vi esposi un anno fa nella lezione clinica), e il vario

grado e il vario tipo della dispnea, e le varie quantità e qualità dello sputo, e i brevi periodi febbrili o sub-febbrili in mezzo a una costante apiressia, tutto ciò ha la sua corrispondenza anatomo-istologica, e il ricercarla è della più grande utilità, perchè, in fondo, si rispecchiano in ciò, rapporti anatomico-clinici di carattere generale che illuminano tutta la patologia e la semeiotica cardio-polmonare.

Senonchè questo ci porterebbe fuori dalla stretta illustrazione epicritica, la quale deve esser volta solo a ciò che *il caso* ha in sè d'individuale, o di eccezionale.

come fossero leggermente ramificati, e sempre addentrantisi in lacune che sembrano vere piccole cavità preformate.

Essi sono durissimi, hanno un rivestimento di un bianco osseo, e un centro oscuro.

Il dott. Cini, del laboratorio chimico ospedaliero, li trovò costituiti da una zona compatta formata da fosfato e carbonato di calcio, e da una parte spugnosa nella quale, frammisto a questo, era un composto non definito, ricco di ferro. Non riscontrò macroscopicamente alcun *centro di sedimentazione.*

Qui voi vedete delle sezioni di un tratto di

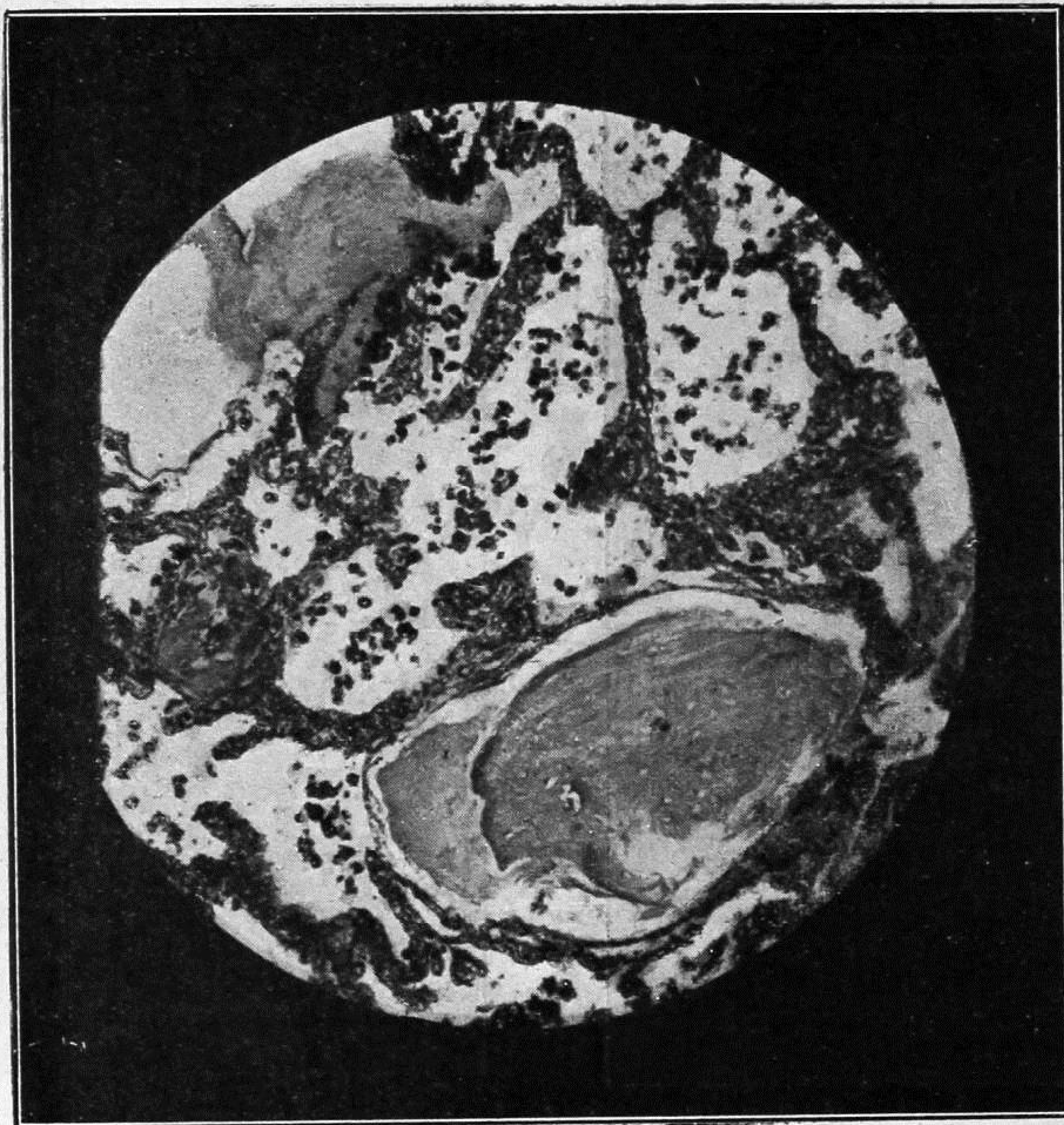


FIG. 3. — Microfotogr. (Kor. oc. 4, ob. 7) di un piccolo nodo, decalcificato.

Essa in questo momento ci invita a interpretare questo aspetto di processo indurativo calcificante, a focolai miliari e sub-miliari, diffusi, confluenti, che si presentano come una tempesta caduta su tutto il viscere.

Questo aspetto è veramente singolare: io non lo vidi mai, e vi dico anche che esso trova pochi raffronti nei varii processi calcificanti od ossificanti del polmone, che sono già descritti, e da lungo tempo, nella letteratura medica.

All'esame macroscopico del polmone che vi presento, vedete come questi nodi, grossi da una capocchia di spillo, ad un pisello, sono incastrati nel parenchima polmonare, da cui si liberano con relativa facilità, lasciando per lo più una parete di aspetto liscio e lucente.

Essi sono tondeggianti, altre volte come spinosi o piuttosto plurilobati, in qualche punto

polmone, contenente uno di questi nodi, e che fu prima decalcificato, e poi incluso, tagliato e colorito colle solite tecniche.

Voi vedete che la formazione è accolta entro una cavità parenchimale, formata, pare, da un bronchiolo o da alveoli dilatati e fusi in una cavità unica (fig. 3).

Noi non vi riconosciamo bene un rivestimento epiteliare; ma ciò che vedete chiaro, è la sottigliezza della parete della cavità, fibrillare, delicatamente vascolarizzata, che corrisponde ai caratteri di tutto il tessuto polmonare aereato circostante, e che ci assicura che non siamo affatto in mezzo a un connettivo, esito di processi, ma veramente in una cavità aerea distesa.

La formazione, decalcificata, potrebbe arieggiare a prima vista a un tessuto osseo colle

sostanze coloranti, come una sostanza colloide sue lamelle parallele e concentriche, e colle sue cellule ossee.

Ma un'osservazione più attenta mostra che in realtà non si tratta che di una massa amorfa, striata, che include degli elementi cellulari più o meno conservati, e che si comporta colle o jalina.

*
**

A renderci ragione del significato di queste masse e della loro origine, serve il raffronto tra questi punti e i molti altri dei preparati, nei quali si dimostra l'evoluzione dei focolai emorragici polmonari.

Non dovete dimenticare che la stenosi mitralica del nostro paziente decorse a forma emoftoica: l'emoftoe fu l'episodio saliente di tutto il decorso di 10 anni, dall'inizio alla fine, episodio assai spesso rinnovantesi, ora lieve, ora grave.

Anatomicamente è lo stesso: le emorragie, vecchie e recenti, coi loro caratteri, così di esiti remotissimi come di allagamenti in atto, dominano il quadro istologico di questo polmone.

In alcuni punti, voi vedete le emazie freschissime, perfettamente colorabili, ammucchiate nel centro di cavità aeree, e, vedete disseminati, tra esse, o riuniti in forma di vallo circostante, elementi fagocitari che cominciano ad inglobare emazie e frammenti di esse, e poi a contenere granuli o massette di pigmento di ossido di ferro, di un colore giallo-ocra vivacissimo.

In punti, dove l'emorragia è meno recente, questi elementi fagocitari sono più ammassati, e carichi di detti granuli, i quali talvolta ne occupano tutto intero il corpo cellulare; qualche volta dette cellule sono occupate da un blocco massiccio e compatto di questo pigmento.

Talora alcune di queste cavità aeree sono zaffate completamente da tali elementi pigmentiferi.

Sulla origine e natura degli elementi fagocitari non è qui il caso ch'io mi soffermi: essi sono di origine ematica, leucocitaria, e di origine istiocitaria. Clinicamente, rispondono alle *cellule da vizio cardiaco*, così abbondanti negli sputi dei cardiopatici, di soggetti a broncorragie, a stasi polmonare in genere.

Se scorrendo i preparati, vi allontanate da questi punti in cui l'emorragia è in atto o è recente, cadete su punti in cui il pigmento ematico ha assunto forma, colorito, sedi svariatissime pur conservando sempre caratteri che ne garantiscono l'origine.

Lo vedete in forma di massette cristalline più o meno grosse, romboidali, o tondeggianti, ora oscure ora gialliccie, talora affatto omogenee, talora con accenno di striatura concentrica.

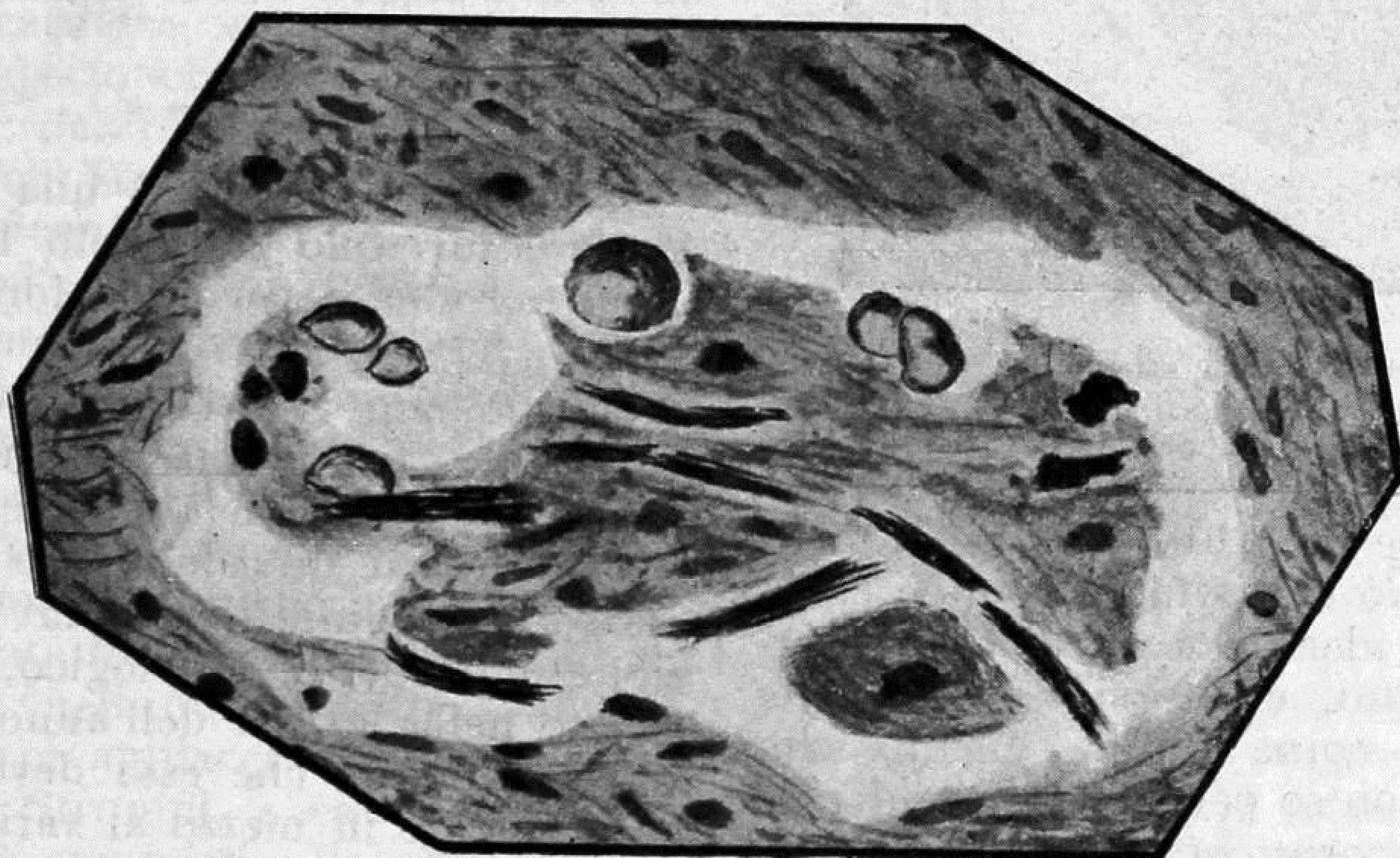


FIG. 4. — Cumuli di cristalli, misti a endotelii desquamati, entro a una fessura linfatica.

Un altro aspetto ch'essi prendono è quello di bastoncini, rettilinei frammentati, disposti in brevi serie, così da rassomigliare assai a dei filamenti di grossi ifo-miceti (fig. 4).

Un'osservazione più attenta permette di escludere assolutamente questo significato, e li fa rassomigliare a quelle formazioni, che sono nel centro dei noduli di Gamna (e che alcune scuole si ostinano a considerare parassitarie), come mi fece osservare il nostro settore prof. Fabris che da tempo si occupa di tale argomento.

Questi cristalli, ora isolati, ora a mucchietti, si trovano disposti per lo più in spazi linfatici; ora quali manicotti peri-vasali, ora in fessure interposte tra i fasci connettivi, o giovani e fibrillari, o vecchi e già sclerotici, ora entro a veri vasi linfatici, che qualche volta si presentano con parete bene organizzata, endotelii tumefatti e in gran parte desquamati, a cui i grossi cristalli sono commisti.

Queste formazioni si comportano un po' va-

riamente rispetto alle microreazioni del ferro, come sempre accade in vecchi focolai emorragici.

La massima parte dà reazione positiva.

Un altro tipo di formazioni potete vedere nel preparato che vi presento (fig. 5): qui un grosso corpo rotondo, gialliccio, a stratificazione concentrica è come abbracciato da una grande cellula tipo gigante, contenente 8 o 10 nuclei; identiche formazioni furono già osservate e minutamente descritte da Stumpl, nell'induramento bruno del polmone, come corpi *amiloidei* (in tutto identici a quelli che si formano in altri organi, e che si trovano nelle grosse prostate) e come cellule giganti che Stumpl si rifiuta, non so perchè, di considerare come *cellule da corpo straniero* (Arch. di Virchow, 1908).



FIG. 5. — Un corpo amiloideo, abbracciato da una cellula gigante, *da corpo straniero,* in una fessura linfatica.

Senza entrare nella questione molto dibattuta dell'origine di questi corpi amiloidei, considero anche questi, come tutte le varie forme di cristalli che vi ho descritto, e i blocchi jalini o colloidi che sono sede delle calcificazioni, come espressioni della molteplicità di meccanismi con cui il materiale ematico stravasato e stagnante fu elaborato in seno al parenchima.

Se scorreste pazientemente la serie dei preparati che vi presento, trattati colle varie metodiche di colorazione specifica, ne trarreste la assoluta convinzione.

Parallelamente a queste varie elaborazioni del materiale ematico, potete vedere come il parenchima che lo accoglie sia andato trasformandosi e assumendo quei caratteri che danno macroscopicamente l'aspetto *indurativo*: vedete sezioni in cui, pur essendo conservato il disegno polmonare, però i setti tra alveoli sono irrobustiti, ingrossati da un connettivo fascicolare ancor giovane, ricchissimo di capillari distesi; e altre sezioni in cui le cavità aeree sono dilatate, fuse fra loro, in cavità più ampie, nelle quali sporgono talora gettoni, a forma di sproni o di papille, formati quasi totalmente da capillari che sembrano neoformati; poi ne vedete altre in cui le cavità sono strettissime, strozzate dalle pareti, e zaffate da elementi carichi di pigmento; vedete sezioni trattate col Weigert, in cui il tessuto elastico, così dei setti come dei vasi e dei bronchi, è proliferato, ispessito, stranamente foggiato a fasci, a viticchi, o spezzettato a bastoni, a filamenti, a granuli. Da tutta questa descrizione, i nostri noduli restano indentificati. Essi sono dovuti originariamente agli stravasi sanguigni, hanno un substrato amorfo colloide, che è derivato da questi, e su cui si sono depositati ammassi di pigmento ferrico derivante pure da trasformazione dell'emoglobina ematica, e che poi si è fatto sede di precipitazioni di sali di calcio, provenienti da sangue e linfa circostante, che facilmente li lasciano precipitare in seno a tessuti morti o in via di morire.

*
* *

Voi penserete che in una epicrisi di caso clinico, mi sono trattenuto troppo a dettagli istologici che vi parranno forse di poco significato.

Ma ciò non è, ove consideriate l'importanza assunta, per la sua diffusione e per le sue forme, da questa deposizione di pigmento ferrico e di sali di calcio, ove consideriate che essa aveva clinicamente la sua rappresentazione nel reperto radiologico, già da me valorizzato nella lezione dell'anno scorso, ove consideriate infine che essa deve avere un posto ed un nome in mezzo ai vari tipi di calcificazione del polmone che sono già noti.

Le calcificazioni in seno al polmone, sono o interstiziali o cavitarie; le cavitarie più note sono quelle che avvengono, non raramente, in cavità ulcerose tubercolari per precipitazione calcarea nella massa caseosa.

Avvengono anche nel lume bronchiale, ordinariamente intorno a un nucleo centrale organico, dato, secondo Potaillon, da un frammento di parete bronchiale calcificata o da parassiti.

E in quanto a vere neoformazioni ossee del parenchima polmonare, alcune furono descritte da Lubarsch, come formatesi in seno a focolai infiammatori calcificati: sono minime, di importanza solo microscopica, non assumono significato radiologico.

Possono assumerlo invece altre ossificazioni primitive del polmone, in forma o di focolai diffusi, o di focolai tuberosi, o di focolai racemosi, i quali tutti hanno un importante reperto radiologico. Le formazioni hanno istologicamente netta struttura ossea.

Uno dei primi casi, diligentemente descritto, è quello del nostro Picchini, pubblicato fin dal 1886; altro fra i più recenti, è quello de-

scritto dal Brunetti nella « Radiologia Medica » del 1927. Ora queste, « pneumopatie osteoplastiche » hanno origine malsicura, pare dipendano da predisposizioni congenite, non danno in generale un reperto fisico qualsiasi, sono un reperto di pura constatazione anatomica o radiologica.

Nessuna di queste forme, sia di calcificazione che di ossificazione, risponde al nostro caso.

Nel caso nostro, le calcificazioni sono indipendenti da gangli o da focolai polmonari caseosi: si sono fatte, contrariamente a tutte le altre, proprio in seno a cavità aeree del polmone, e derivano direttamente da sangue stravasato, trasformato, e lasciante un nucleo ferrico, intorno a cui si sono depositati sali di calce, provenienti dal circolo.

E poichè il tutto è derivato dal processo di stasi di origine cardiaca, e in mezzo a un processo e a un reperto che risponde senz'altro al tipo classico *dell'induramento bruno del polmone*, noi non faremo che aggiungervi il termine di *calcificante* per avere la denominazione semplice ed esatta del processo.

Tale descrizione è tratta direttamente dallo studio dei preparati che vi ho presentato.

Se non m'inganno, essa rappresenta un fatto nuovo nel capitolo dell'induramento bruno: sebbene il Kaufmann descriva bene i calcoli bronchiali e bronco-polmonari, egli li mette in rapporto sopratutto colle bronchiectasie sacciformi, mentre nell'induramento bruno ricorda solo i corpi amilacei, descritti in esso da Saltjkow, da Strumpl, e che pure nel caso nostro trovai commisti alle altre precipitazioni di cui vi parlai.

Perchè è avvenuta tale calcificazione nel caso nostro, mentre in circostanze analoghe e così frequenti di induramento polmonare da stasi, non suole avvenire mai?

Il problema generale è stato affrontato da quelli che si sono chiesti perchè alcuni tessuti morti facciano precipitare il calcio, altri no, perchè calcifichino i gangli tubercolari, i focolai tubercolari del polmone, i noduli linfatici dell'ileo necrosati dal tifo, le necrosi del tessuto adiposo del pancreas, i miomi uterini nelle lor parti mortificate, mentre invece non calcificano, p. es. gli infarti necrotici della milza e del rene, o le zone necrotiche dei tessuti maligni.

Tale problema fu studiato specialmente da Schmidt, da Litten, da Langhans, da Kossel e da molti altri.

Sul determinismo delle calcificazioni può influire le qualità della necrosi, (e pare che vi siano particolarmente disposte le necrosi da coagulazione), e forse influisce le quantità di calcio del sangue, in quel dato individuo e in quel determinato periodo, oppure il modo con cui funzionano, in quell'individuo e in quel periodo, gli organi eliminatori del calcio.

Nulla di tutto ciò possiamo oggi dire riguardo al nostro caso. E perciò su questo problema, pure interessante, non mi soffermo più oltre.

*
* *

Poche parole ancora, sul reperto radiologico. Confrontate la prima lastra, ottenuta sul malato un anno fa, e la seconda, ottenuta ora dal polmone, estratto dal cadavere.

Le ombrette sono cresciute di numero e di dimensione e sono anche divenute di una opacità più intensa. Quelle attuali raggiungono nella lastra anche un diam. di 3 millim. sono più o meno tondeggianti, a contorno per lo più spinoso, talora lobate. In ogni modo esse si corrispondono; e tutt'al più, possiamo pensare che nelle lastre di un anno fa, le ombrette rappresentassero ancora solo i noduli di addensamento intorno ai depositi di ferro, mentre nelle lastre d'oggi, tratte dal pezzo anatomico, esse rappresentano i noduli diffusamente calcificati.

Ma ciò che importa è ch'esse confermano la nozione ammessa di già (benchè con documentazioni ancora scarse) che il semplice fatto della stasi cronica grave, può determinare nel polmone la formazione di tali ombre rotonde, che sono caratterizzate per forma, sede, numero, come già vi ho esposto nella lezione dell'anno scorso, e che rappresentano un'altra varietà di ombrette, in aggiunta a quelle tubercolari, a quelle peribronchitiche da antracosi e da silicosi, a quelle neoplastiche, a quelle di pneumopatie ossificanti, ecc.

Il caso, messo in rapporto agli altri pochi descritti, dimostra, per la clinica e per la radiologia, che queste ombre, capaci di evoluzione come i fatti anatomici che vi corrispondono, si iniziano coi fatti di stravasi sanguigni nelle cavità aeree, e poi di elaborazione di masse pigmentali, e raggiungono il loro massimo colla completa loro calcificazione

Così, tale reperto radiologico è atto a trasportare nella clinica, e a concedere un'esatta diagnosi anatomica, di ciò che sarebbe rimasto come un semplice dato, o come una curiosità del reperto di autopsia, e permette di seguirlo nella sua evoluzione, dal primo suo stabilirsi a ciò che ne è la tappa finale.

*
* *

I rilievi semeiotici, e i fatti anatomo-istologici che sono andato esponendovi, credo mi dieno ragione dell'aver voluto dedicare al nostro caso un'intera lezione epicritica.

Maggio 1933.

NOTE E CONTRIBUTI

R. Clinica Chirurgica di Cagliari.

Il muscolo retto nell'operazione di Bassini (1).

G. Baggio, direttore.

Anzitutto ringrazio dell'ospitalità cortesissima e chiedo scusa se profitto di tempo misurato per un argomento che sembrerebbe dovesse essere ormai passato agli archivi, con somma gloria del suo Autore.

Ma va ricordato a questo proposito che ben recentemente, se non proprio in questi giorni, due allievi del Bassini — Catterina e Carraro — allievo dei primi tempi il primo, degli ultimi il secondo — sentirono invece, separatamente, il bisogno di rievocare le vecchie tavole del maestro. (Catterina, Cappelli Bologna, 1932; Carraro, *Giorn. Ven. Sc. med.*, 1931; *Der Chirurg.* 1933). Il che vi dice che la discussione non è chiusa nemmeno sulla Bassini.

E se, d'altra parte, vi farà meraviglia il giudizio che vi chiederò, tenete presente che non è mai eccessivo l'aiuto che il chirurgo può chiedere alla gran Madre Anatomia.

È arcinoto che nell'operazione di Bassini la parete posteriore del canale inguinale viene costruita mediante il famoso triplice strato, cioè muscolo piccolo obliquo, muscolo traverso, fascia transversalis, i quali devono essere suturati tutti assieme, al margine dell'arcata di Falloppio.

Meno noto è che, oltre a questi elementi, secondo Bassini va suturato all'arcata anche il margine esterno del muscolo retto dell'addome.

Noto è pure che le recidive di ernia inguinale non imputabili a tecnica operatoria o a decorso di guarigione della ferita, si formano in sede di ernia interna.

Questa sede corrisponde al tratto meno resistente della nuova parete: dove la massa carnosa del piccolo obliquo e del traverso passa gradatamente nel tendine congiunto. Se i muscoli suddetti sono ipoplasici od ipotrofici (come spesso si incontra negli erniosi) quella resistenza della nuova parete viene ad essere diminuita di molto. E il rinforzo dato dal muscolo retto nel modo in cui lo utilizzava Bassini, non può compensare oltre certi limiti.

La misura di utilizzazione di quel muscolo secondo Bassini è così espressa nelle parole medesime dell'Autore: « I due primi punti, applicati appena all'interno del pube, comprendono anche il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome ».

Qualora si accetti una interdipendenza fra recidiva e insufficienza di massa muscolare, sembra che il mezzo più acconcio per correggere questa insufficienza debba consistere in una maggiore utilizzazione del retto.

Tale concezione è tanto più giustificata in quanto che, a rileggere Bassini, si direbbe che anche in lui l'impiego di quel muscolo si sia fatto strada col progredire dell'esperienza.

Bassini ci ha lasciato due documenti di testo sulla sua operazione: la comunicazione alla Società Italiana di chirurgia, del 1887, e la monografia del 1889 (Padova, Prosperini). Ora, per quanto la prima sia soltanto una nota preventiva, e la seconda costituisca invece la pubblicazione per esteso, è rimarchevole che nella prima, del muscolo retto non vi sia cenno affatto, mentre nella seconda, la parte che riguarda quel muscolo è aggiunta di bel nuovo alle medesime parole che erano state usate nella comunicazione per indicare i tre costituenti della parete posteriore del canale inguinale. Si legge infatti nella comunicazione: « Distacca poi dall'aponevrosi del grande obliquo e dal connettivo adiposo presieroso il triplice strato formato dal muscolo piccolo obliquo, traverso e fascia verticalis di Cooper, fino a che detto strato possa senza difficoltà essere avvicinato al bordo posteriore isolato della corda di Poupart ».

E nella monografia sta scritto: « poscia distacco per dissezione dall'apenovrosi del grande obliquo e dal connettivo adiposo sottosieroso il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome, e il triplice strato formato dal muscolo piccolo obliquo, dal muscolo trasverso e dalla fascia verticalis del Cooper, fintanto che detto triplice strato riunito possa essere avvicinato senza difficoltà al bordo posteriore isolato dalla corda di Poupart ».

Raffrontando i due testi e richiamandomi la cura con la quale nella monografia, a seguito di questa esposizione fondamentale di preparazione anatomica, viene precisato il particolare dei due punti applicati sul retto, secondo la citazione fatta dianzi, io non posso fare a meno di pensare che l'idea di comprendere nella sutura questo muscolo non sia stata primaria nella mente di Bassini, ma ci sia entrata per suggerimento della pratica dei due anni intercorsi all'una e all'altra pubblicazione.

Per utilizzare il retto nella nuova parete inguinale più largamente di quanto facesse Bas-

(1) Comunicazione al V convegno nazionale di anatomia, 1933.

sini, bisogna, però, far prima qualche cosa di più di quello che facesse lui come preparazione anatomica: chè Bassini (sia per quanto è lecito arguire da mancanza di sue ulteriori delucidazioni in proposito, sia per esplicita spiegazione data da Carraro) lasciava il retto racchiuso nella sua guaina: « naturalmente ricoperto dalla sua aponeorosi », scrive, difatti, Carraro parlandone a proposito del citato passo sui due punti che lo devono comprendere (*G. Ven. Sc. M.*, 1931).

Ora, la misura e il modo di questo qualche cosa di più, rispetto ai precetti Bassiniani, da eseguire nella preparazione anatomica del piano inguinale posteriore, costituisce, appunto, il germe originario della mia comunicazione.

L'iniziativa della più estesa utilizzazione del muscolo retto a irrobustimento della nuova parete inguinale, risalirebbe secondo Licini (*Pol. Prat.*, 1922, p. 1423) a Novaro. Il quale (per quanto mi par di capire) scopriva il muscolo incidendone la guaina sulla pagina anteriore. Scrive difatti Licini: « A tal fine si apre, dopo avervi posto sotto il dito, la guaina del muscolo retto dell'addome dello stesso lato dell'operazione e con ago curvo si prende larga parte mobilizzata del muscolo, così scoperto della sua aponevrosi e insieme alle fibre del muscolo piccolo obliquo e traverso esistenti e dell'aponevrosi traversa, si sutura al bordo posteriore del ligamento del Puparzio ». Lusena, altro allievo del Novaro, mi conferma indirettamente questa interpretazione, scrivendomi con molta cortesia: « Io ho certo superato di molto il migliaio di operazioni alla Bassini e ho seguito il procedimento di abbassare il retto previa incisione longitudinale dell'aponevrosi in vicinanza del margine laterale ».

Altri, come Wullstein (in Wullstein e Wilms, Un. Edit. Torinese, 1914), Wagner (*D. Z. f. Ch.* 154, 1920), Schley, Winfield Scott (*Ann. of Surg.* 77, n. 5, *Zentr. Org.*, 1923, XXIII,, 354), Wölfler (c. Gussio in Alessandri, Pozzi, Roma 1933) usano il muscolo retto in artifici operatorii diretti a sostituire o modificare sostanzialmente l'operazione di Bassini. Così intesa, la fissazione del muscolo al legamento di Falloppio conserva il significato meccanico di resistenza opposto alla pressione addominale, ma non può avere il significato chirurgico di mezzo integrale della nuova costruzione dell'inguine secondo Bassini, come io mi limito a considerarla. E, per di più, si tratta sempre di preparazioni del muscolo isolato dalla sua guaina.

Di qualche Autore (come Bloodgood, cit. da Darling in *Z. Org.* 40, 390) non sono riuscito a sapere come impieghi quel muscolo.

Altri ancora credo che l'abbiano pure utilizzato nell'ambito della Bassini, anche senza parlarne, ritenendo che non ne valesse la pena (al pari di Novaro e come scrisse Lusena). Ma io penso invece che la pena di parlarne, la valga.

All'oscuro delle abitudini seguite nella Scuola di Novaro, e volendo ricavare da quella saggia operazione che è la Bassini tutto ciò che può dare anche nelle condizioni più sfavorevoli, fin dai primi tempi in cui ci si attenta ad operare agendo un po' col criterio proprio, io ho provato più volte la convenienza di comprendere nella sutura il muscolo retto guidandomi, non sul tatto (e così dev'essere finchè la guaina ne rimane integra) ma sulla vista. Volevo, però, che il muscolo mi apparisse là dove lo si ricerca al tatto, e volevo comprenderlo nella sutura senza che per questo controllo ispettivo i rapporti ne venissero mutati minimamente.

Chiuso fra le aponevrosi riunite del traverso e del piccolo obliquo in avanti (alle quali si aggiunge medialmente l'aponevrosi del grande obliquo) e la fascia transversalis indietro, il muscolo retto fa sporgenza coll'estremità inferiore del margine laterale subito all'indietro e un po' più alto di quella che è la metà interna del margine del piccolo obliquo e del traverso partecipanti al triplice strato di Bassini. Spostiamo in avanti questo margine più o meno muscolare del piccolo obliquo e del traverso, incidiamo sulla piega di riflessione che intercede alla loro superficie posteriore e alla fascia transversalis retrostante (piega formata dalla stessa fascia transversalis), e le fibre carnose del retto appariranno allo scoperto. Dominando allora con la sutura questa massa muscolare, si può compiere veramente quello che si dice l'abbassamento del retto, perchè il muscolo non fa che scendere senza mutare per nulla la sua topografia.

Ed è notevole la facilità di tale abbassamento: tanto che, non i due punti di Bassini, ma tre, quattro e cinque se ne possono dare senza dover vincere resistenza alcuna. Allora risulta questo: che, là dove, comprendendo nella sutura il margine del muscolo racchiuso nella sua guaina e per soli due punti, si lascia ancora all'esterno un tratto di parete che può essere formato da pochi fasci muscolari del piccolo obliquo e del traverso in basso, ma che è poi sola aponevrosi più in su, abbassando il retto a quel modo si viene a costituire una parete formata da tutto muscolo — e spessa — dal pube fino all'anello inguinale interno.

La resistenza che ne acquista la regione è tale, anche a semplice giudizio intuitivo, vedendo la preparazione al tavolo operatorio, che non si può rimanervi indifferenti; nè si palesano inconvenienti di sorta anche a distanza di tempo, come l'esperienza ormai mi ha dimostrato. Per cui io seguo questo procedimento per abitudine in tutti i casi, non soltanto in quelli di flaccidezza muscolare.

Non mi dilungo in dettagli di tecnica operatoria, che troveranno maggiore giustificazione altrove.

Mi basta avere affermato il principio, di quella tecnica, e non ne chiedo nemmeno paternità: convinto, come ho detto di essere, che altri abbiano fatto lo stesso anche senza dirlo, o senza ch'io ne abbia avuta cognizione. Vorrei soltanto che su quel principio riflettessero anche coloro che non v'abbiano invece pensato ancora. Ed è per questo che mi è piaciuto di cogliere l'occasione per comunicarlo prima a Voi, maestri d'anatomia: in quanto che l'operazione di Bassini è così fondamentalmente anatomica, che può sembrare sacrilegio il mutarne i dettami, e soltanto un concetto altrettanto anatomico può giustificare la modificazione anche di un solo particolare.

Ditemi perciò Voi se è giustificato quello ch'io penso o se devo ricredermi.

Prof. A. C. BRUNI. — Il metodo Bassini con le modificazioni proposte dall'oratore risponde pienamente alle condizioni anatomiche che si riscontrano nei tragitti inguinali robusti. La parete posteriore del tragitto è costantemente rinforzata dalla parte pubica dei muscoli obliquo interno e trasverso, fascio indipendente, che decorre parallelo all'asse longitudinale del tragitto; quando la parte pubica è debole, si nota sempre una punta d'ernia. D'altra parte il legamento falciforme non è altro che la parte laterale regredita del muscolo retto, il quale durante lo sviluppo appare nella sua parte inferiore notevolmente più largo che nell'adulto e poi man mano si riduce. Nella donna (nella quale le ernie inguinali sono meno frequenti) la riduzione del m. retto è meno accentuata che nel maschio.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituti di Patologia Spec. Medica e di Clinica Medica Generale della R. Università di Parma.

Direttore: Prof. LUIGI PRETI.

Febbre tifoidea ed appendicite.

Dott. WALTER MELOCCHI, assistente.

Il riscontro in un'ammalata ricoverata nel nostro Istituto di una febbre tifoidea simulante all'inizio un'appendicite, mi spinge a descrivere il caso che riveste un certo interesse, oltrechè per la non frequenza del reperto, anche per le considerazioni cui esso dà luogo.

B. Anita, di a. 40, coniugata, casalinga, da Soragna. Il padre è vivente e sano, la madre morì per setticemia consecutiva a ferita ad un arto inferiore. La paziente ha tre fratelli: uno soffre di disturbi a carico dell'apparato digerente, due sono stati operati di appendicite.

La paziente fu allattata dalla madre: ebbe la dentizione, la fonazione e la deambulazione in epoca presumibilmente fisiologica. Mestruò a 12 anni e le mestruazioni si susseguirono sempre regolari. Sposò a trent'anni. Non ebbe gravidanze.

Anamnesi remota: Non soffrì dei comuni esantemi dell'infanzia. A 17 anni sofferse di ischialgia destra. A 23 anni ebbe disturbi addominali caratterizzati da modici dolori al quadrante inferiore destro e stipsi; fu diagnosticata appendicite e come tale curata. A 30 anni ebbe nuovamente ischialgia destra.

Anamnesi recente: Nell'ottobre dello scorso anno la paziente cominciò ad accusare modici dolori in corrispondenza del quadrante inferiore destro dell'addome, saltuari modici rialzi termici nelle ore serotine e stipsi ostinata. Contemporaneamente comparvero dolori sordi alla regione epigastrica, dolori che erano in stretto rapporto con i pasti inquantochè insorgevano immediatamente dopo questi, mai a digiuno.

Venti giorni or sono circa, dopo un viaggio, la paziente accusò dolori più intensi al quadrante inferiore destro dell'addome e notò una lieve tumefazione al disopra della piega inguinale. Si mise a letto e con il riposo e applicazioni locali calde ottenne la scomparsa dei fenomeni.

Il 27 dello scorso mese fu colta da malessere, dolori intensi al quadrante inferiore destro, febbre elevata non preceduta da brivido, nausea. L'alvo si fece stitico. Detti disturbi continuarono nei giorni susseguenti e solo dopo un clistere notò una lieve diminuzione dei dolori. In dette condizioni entra in Clinica il 4-1-33.

All'esame obbiettivo si nota: sensorio integro, posizione supina, espressione sofferente; impalcatura scheletrica regolare; articolazioni mobili, indolenti; masse muscolari toniche e trofiche; pannicolo adiposo ben conservato; cute elastica, umida, di colorito normale tranne che al quadrante inferiore destro, dove si notano alcune chiazze della grandezza di 10 centesimi circa, di colore rosso-bluastro; mucose visibili ben colorate; temperatura 39°,1; polso 104 poco valido, ritmico, uguale.

Capo: mobile, indolente; globi oculari mobili in tutti i sensi; pupille isocoriche ugualmente reagenti alla luce ed alla accomodazione; lingua asciutta, arrossata, leggermente impaniata, nulla al retrobocca.

Collo: cilindrico, non si notano pulsazioni abnormi; tiroide di volume e consistenza normale.

Torace: diametro antroposteriore quasi uguagliante il trasverso; fossa sopra- e sotto-claveare, angolo del Louis e del giugolo appena accennati; angolo epigastrico ottuso; scapole aderenti; spazi intercostali visibili; respiro simmetrico.

Alla palpazione: torace elastico, senza punti dolenti; fremito vocale tattile conservato.

Alla percussione: suono chiaro polmonare su tutto l'ambito; i margini polmonari in alto e alle basi si trovano a livello normale.

All'ascoltazione: murmure vescicolare su tutto l'ambito polmonare.

Cuore: La regione precordiale è normalmente sporgente. L'itto della punta si vede e si palpa al quinto spazio lungo l'emiclaveare; il margine superiore arriva alla terza costa sulla parasternale; il margine destro non deborda dalla marginale destra dello sterno. I toni sono ritmici, un po' cupi.

Addome. simmetrico, cicatrice ombelicale leggermente introflessa; assenza di reticolo venoso; la palpazione anche superficiale nel quadrante inferiore destro risveglia vivo dolore specialmente in corrispondenza del punto di Mac-Burney; non si apprezzano però resistenze.

Fegato: Nulla di notevole all'ispezione; il margine inferiore si palpa regolarmente appena al disotto dell'arcata costale; sul prolungamento dell'emiclaveare, verso destra taglia la linea xifo-ombelicale nel suo punto di mezzo. Alla percussione il margine superiore giunge con l'ottusità relativa alla quinta costa.

Milza: Ha il polo superiore alla nona costa lungo l'ascellare posteriore. Il polo inferiore non deborda dall'arcata. Il margine anteriore è tra l'ascellare media e anteriore.

Reni: Le logge renali sono indolenti e i reni non sono accessibili alla mano che palpa.

Sistema nervoso: Sensibilità tattile, termica e dolorifica conservata. Riflessi presenti.

Ricerche di laboratorio.

Esame delle urine. — Albumina: tracce. Glucosio: assente. Pigmenti biliari: assenti. Nulla di notevole al sedimento.

Esame del sangue. — Globuli rossi: 4.200.000; emoglobina: 80; globuli bianchi: 6800. Formula leucocitaria: neutrofili 60; eosinofili 3; basofili 1; linfociti 24; grandi mononucleati 9; forme di passaggio 3.

Decorso.

Nei primi cinque giorni di degenza persiste la dolorabilità alla palpazione dell'addome circoscritta fra il punto di Mac-Burney e l'ombelico, febbre ad ampie resistenze (da 37° a 39°,6), alvo chiuso.

Il sesto giorno viene praticato un esame ginecologico il quale dà i seguenti risultati: utero in retroversione; dolorabilità ad entrambi gli annessi.

La sintomatologia è invariata; la milza non è palpabile; l'alvo è sempre chiuso.

Il settimo giorno viene praticato un clistere con glicerina che dà esito a feci parte in scibale e parte liquide. Dopo il clistere la paziente accusa lieve diminuzione dei dolori addominali, mentre persiste la febbre elevata. Temperatura massima, 39°,2; polso 104 ritmico, valido.

L'ottavo giorno persistendo i sintomi addominali e la febbre, la paziente viene inviata al reparto chirurgico con diagnosi di appendicite acuta.

La sintomatologia presentata dalla paziente comprendeva, come abbiamo visto, disturbi a carico dell'apparato digerente che autorizzavano a supporre un'appendicite acuta semplice: dolore intenso nel quadrante inferiore destro dell'addome, dolenzia nel punto di Mac-Burney, febbre elevata a forti remittenze, inerzia dell'intestino, nausea.

Unico sintomo mancante era la leucocitosi: deponeva però a favore dell'appendicite il fatto di riscontrare nell'anamnesi remota disturbi addominali che furono riferiti ad un processo infiammatorio dell'appendice e nell'anamnesi famigliare il fatto che due fratelli furono operati di appendicite.

In merito a quest'ultimo dato è bene chiarire che l'ereditarietà nell'appendicite è dagli autori tenuta in considerazione. I casi nei quali furono veduti manifestarsi nei membri di una stessa famiglia numerose appendiciti abbondano nella letteratura (Brunn, Roux, Talomon, Dieulafoy, Kuemmel etc.) e diverse sono le interpretazioni avanzate.

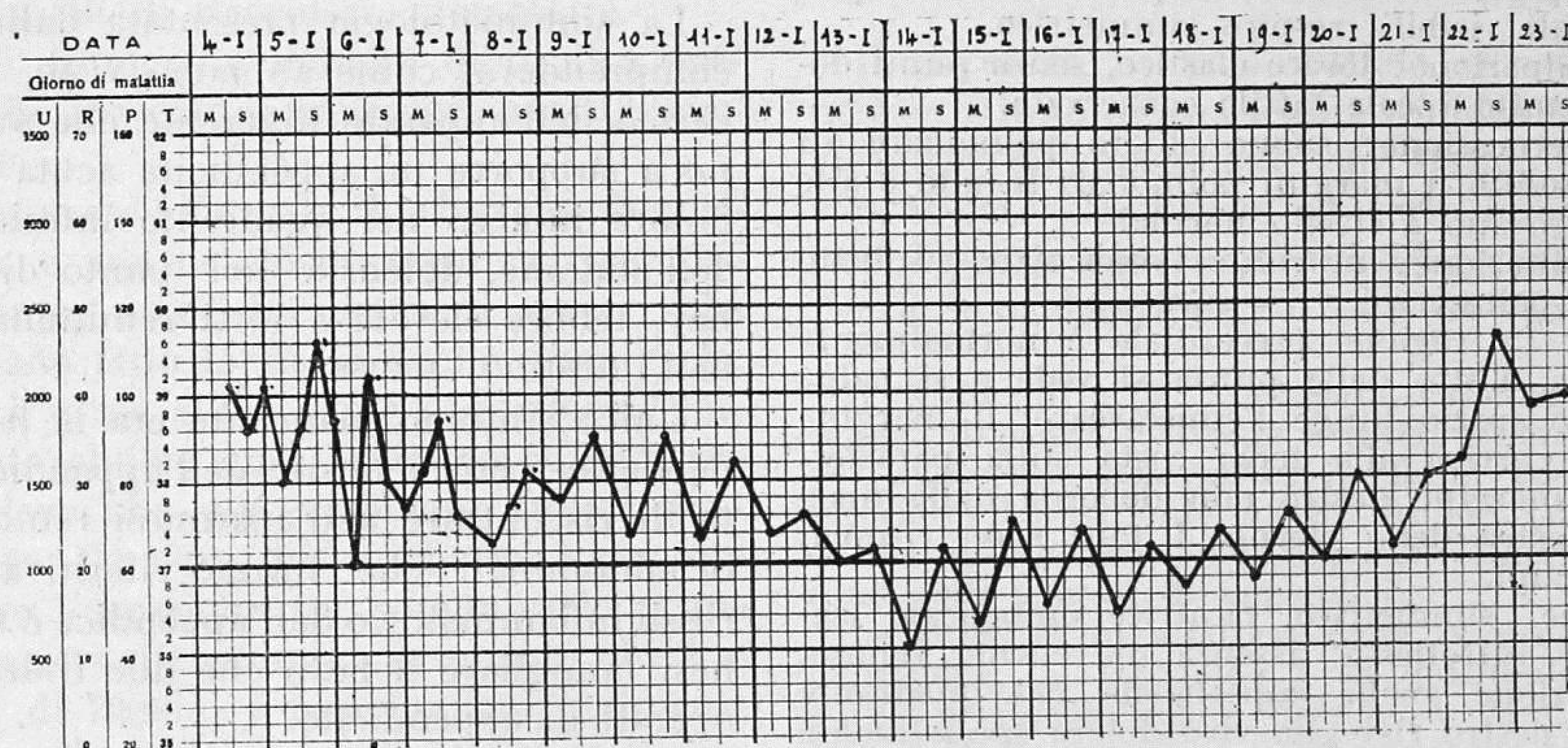
Alcuni autori (Tuffier, Broca, Murphy) vollero invocare la costituzione anatomica dell'organo, la quale, pur presentando grandi variazioni di forma e di posizione, potrebbe pur tuttavia mantenere nei membri di una famiglia caratteri tali da spiegare la maggior morbilità; altri vollero vedere in una speciale costituzione organica generale, facile a trovarsi nei membri di una stessa famiglia, quale la tendenza alla iperplasia e alle flogosi croniche dell'apparato linfatico, una spiegazione dell'ereditarietà, ed a questo riguardo acquistano importanza le osservazioni di casi nei quali insieme all'appendicite famigliare si aveva anche una spiccata ipertrofia delle tonsille (Alkinson, Kretz, Adrian etc.); altri ancora hanno osservato (Hayem, Delbert, Bouchard etc.) una ereditarietà patologica per le malattie dell'apparato gastro-enterico per cui nei membri di una stessa famiglia si manifesterebbero con frequenza particolare forme acute e croniche di enterite, le quali, com'è noto, hanno non lieve influenza nella patogenesi dell'appendicite.

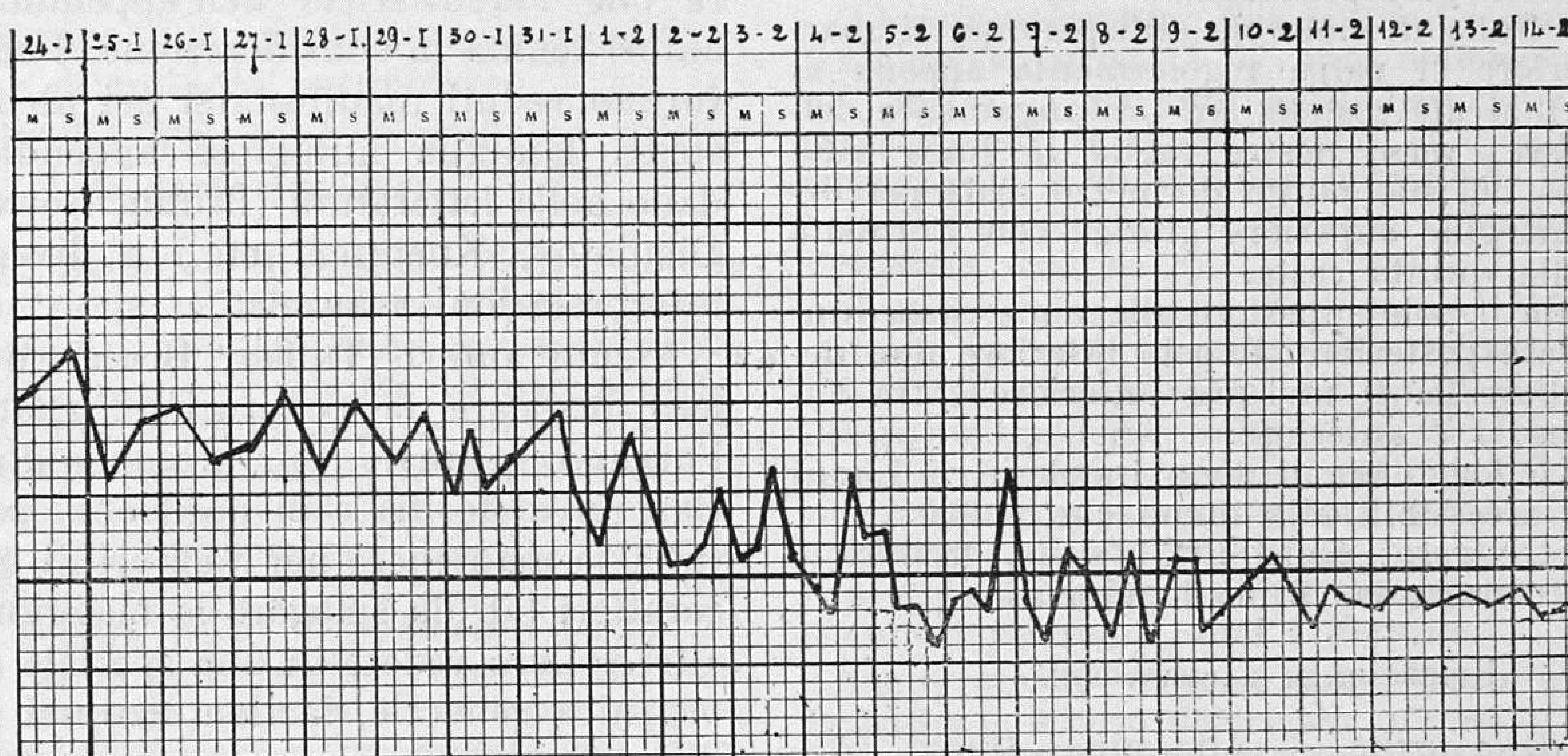
Questi presupposti teoretici tendenti ad ammettere la ereditarietà dell'appendicite induce-

vano nella nostra paziente, nel cui gentilizio vi erano due casi di appendicite, unitamente ai sintomi clinici a far considerare come probativa la diagnosi di appendicite.

La paziente venne inviata al reparto chirurgico dove rimase in osservazione, in attesa del completo sfrebbramento, per l'intervento.

Senonchè, nel periodo di degenza, la febbre, come si può rilevare dalla acclusa tabella termometrica, che in un primo tempo era andata decrescendo, riprese a risalire fino ad assumere dal giorno 22 in avanti i caratteri di una febbre continua.





Continuazione della grafica

In queste condizioni, l'ammalata viene il giorno 28 sera rinviata al nostro Istituto presentando i seguenti sintomi: lingua impaniata alla base e arrossata ai margini; addome tumido, dolente ovunque alla palpazione e più specialmente nel quadrante inferiore destro; milza ingrandita, polo superiore alla nona costa lungo l'ascellare posteriore, polo inferiore debordante di circa 1/2 cm. dall'arcata costale. Temperatura: 38,6.

Il tipo assunto dalla febbre, i rilievi dello stato obbiettivo addominale, l'ingrossamento della milza autorizzavano il sospetto di una febbre tifoidea. Perciò venne praticato una emocoltura e una sierodiagnosi di Widal: la prima diede esito negativo, la seconda positivo per il bacillo di Eberth alla diluizione 1:1000.

Detto responso di laboratorio, l'andamento della malattia e la comparsa dopo qualche giorno di alcune roseole all'addome, servirono di conferma alla diagnosi di febbre tifoidea.

La malattia compì il suo corso, dopo 35 giorni dal primo ingresso in Istituto la paziente era completamente sfebbrata ed erano scomparsi con tutti gli altri sintomi anche i dolori a carico del quadrante inferiore destro dell'addome.

* * *

Il riscontrare un tifo che possa essere nel primo stadio della malattia, per la particolare sintomatologia presentata, interpretato per una appendicite, non è molto frequente e nella letteratura pochi sono i casi descritti.

Fu fra i primi Rendu nel 1901 che pubblicò

un caso analogo operato per appendicite, mentre si trattava di una febbre tifoidea. Kirkbride, Moizard e Maurage, Schottmuller, Zagari e Mea, Muhsam etc., in seguito con quadri classici di appendicite videro svolgersi la febbre tifoidea mentre che l'appendice, in qualche caso asportata, era intatta. Più tardi Wolf sohn durante la guerra mondiale osservò quattro casi di tifo a decorso particolarmente mite che gli vennero inviati per l'operazione di appendicite presentando le manifestazioni di detta affezione e che, all'atto operativo, non presentavano alterazioni tipiche della vera appendicite, ma soltanto una tumefazione acuta della mucosa, una patina sierofibrinosa, un essudato torbido e presenza di bacilli del tifo nel lume.

Anche le osservazioni anatomo-patologiche su morti di tifo confermano che, se è possibile la compartecipazione dell'appendice alla malattia in atto, questa però non è molto frequente. Hoelscher trovò ulcere tifiche nell'appendice nel 0,1 % dei casi esaminati; Hopfenhausen esaminando 30 appendici di morti di tifo trovò 8 volte alterazioni tipiche dell'appendice, due sole però con caratteristiche alterazioni tifose, mentre le altre erano dovute presumibilmente ad appendiciti catarrali. Madelung, esaminando i protocolli di Recklinghausen trovò in 323 autopsie di tifosi 4 volte alterazioni dell'appendice imputabili al tifo.

Il contemporaneo manifestarsi delle due forme morbose e il prevalere della sintomatologia dell'appendicite su quella della febbre tifoidea, può sollevare due questioni: è l'appendicite un incontro occasionale da non mettersi in rapporto con la febbre tifoidea oppure l'appendicite deve essere considerata una manifestazione del tifo?

L'evenienza di un incontro causale dell'appendicite con la febbre tifoidea è ritenuta dagli autori (Erik Hesse etc.) straordinariamente rara: solo Medelung ammetterebbe che l'appendicite in qualche caso può precedere immediatamente la febbre tifoidea, anzi in tal caso, secondo l'autore, essa preparerebbe un terreno particolarmente sensibile al virus tifico.

Però, sulla scorta dei casi citati nella letteratura, nei quali fu possibile un esame istologico dell'appendice o un esame culturale del contenuto di questa, ci si deve ritenere autorizzati ora ad ammettere che il tifo addominale, in un periodo nel quale mancano ancora i suoi sintomi patognomonici, possa, in determinati casi, manifestarsi con segni di una appendicite acuta. In tale evenienza quale sarà la patogenesi di questa infiammazione appendicolare?

I primi osservatori ritennero che vi potesse essere un brusco passaggio nella appendice di un essudato, altri pensarono a fatti di reazione del peritoneo o di peritonismo per continuità, però queste spiegazioni non ebbero la dovuta conferma all'esame anatomo-patologico e non possono soddisfare specialmente se si tiene presente che nel maggior numero dei casi citati dalla letteratura, come del resto nel nostro, i sintomi dell'appendicite hanno preceduto quelli della febbre tifoidea.

Questo fatto fa sì che si debba ricorrere ad altra interpretazione la quale, a nostro modo di vedere, pare assai più plausibile.

Come è noto l'infezione tifoidea ha nell'organismo umano la sua porta d'ingresso nell'anello faringeo donde per via linfatica o, secondo Sanarelli, per via ematica i germi si porterebbero ai linfatici nell'intestino tenue e alla milza. Ora alcuni autori hanno potuto dimostrare che l'appendice, per la sua struttura eminentemente linfoide, può andare incontro a processi di infiammazione per infezioni focali aventi sede nelle tonsille, per cui ad attacchi di tonsillite acuta possono seguire attacchi di appendicite. In base a tutto questo vien fatto quindi di pensare che nei casi di febbre tifoidea manifestantesi nel primo stadio con sintomi appendicolari, come nel nostro, vi possa essere un rapido passaggio dei germi del tifo dall'anello faringeo all'appendice e quindi determinare quivi prima che in altra parte dell'intestino quei fatti infiammatori, che sono apparsi così manifesti nel caso illustrato.

Particolari condizioni locali dell'appendice potrebbero rendere il terreno più favorevole al processo infiammatorio e queste condizioni possono essere rappresentate da un'ereditarietà morbosa per infiammazioni appendicolari od a pregresse infezioni di detto organo.

Appoggiano questa tesi i dati sperimentali di C. Richet e St. Giron, Wolfsohn, etc. i quali hanno potuto dimostrare sperimentalmente che i bacilli del tifo, i quali per l'abituale porta di entrata giungono in circolo, si eliminano per la appendice.

Nel caso in esame gli elementi della diagnosi differenziale non erano facili a stabilirsi.

Secondo gli autori dovrebbe servire come elemento, in assenza dei sintomi caratteristici del tifo, il fatto della prevalenza negli ammalati di febbre tifoidea, a sindrome appendicolare, dei sintomi generali di fronte ai mediocri sintomi locali, ossia lo stato di sopore proprio del tifo e il polso raro.

Nel nostro caso poco rilevanti erano questi sintomi mentre invece prevalevano quelli lo-

cali a carico dell'appendicite. Unico fatto che poteva deporre contro l'appendicite era la mancanza della leucocitosi e della mononucleosi, però non vi era neppure la leucopenia, propria del tifo, la quale poteva servire ad indirizzare la diagnosi verso la febbre tifoidea.

RIASSUNTO.

Viene descritto un caso di febbre tifoidea decorso inizialmente sotto le apparenze di una appendicite acuta; riprendendo la letteratura in argomento viene esposta la teoria che può far pensare ad una correlazione fra infiammazioni dell'appendice ed infezioni a porta d'ingresso nell'anello di Waldeyer.

BIBLIOGRAFIA.

FERRIO L. *Diagnosi delle malattie da infezione.* U. T. E. T.
FRANCINI M. *L'appendicite.* S. E. L.
KRAUS. *Kraus-Brusch. Pathologie und Therapie.* Urban, ed.
KLEMPERER. *La Clinica moderna.* U.T.E.T.
MADELUNG. Citato da KRAUS.
MAURAGE. Citato da FERRIO.
MUEHSAM. Deut. Med. Woch., 8 agosto 1901.
MOIZARD. Citato da FERRIO.
RENDU. La Semaine Médicale, n. 6, 1901.
ZÀGARI-MEA. Riforma medica, 7 agosto 1901.

SUNTI E RASSEGNE

RACHIDE.

Il trattamento delle fratture della colonna vertebrale.

(JIMENO-VIDAL. *La Presse Médicale*, n. 37, 1933)

L'A. descrive le modalità con le quali Böhler applica alle fratture vertebrali, senza lesioni nervose, i suoi principi del trattamento delle fratture in generale:

1) immobilizzazione fino a conseguito consolidamento osseo;

2) trattamento funzionale.

La riduzione della frattura, che viene praticata circa dieci giorni dopo il trauma, è preceduta dall'anestesia locale secondo la tecnica di Schneck. All'altezza del corpo vertebrale leso, ma lateralmente ad esso, a sei centimetri dalla linea mediana, s'infiltra con novocaina all'1 % una zona comprendente i piani muscolari. In questa zona s'infigge un ago da puntura lombare con obliquità di 35° verso la linea mediana. A 8-12 cm. di profondità si raggiunge il focolajo di frattura: s'iniettano allora 5-10 cmc. di novocaina all'1 % e, in pochi minuti, l'anestesia completa è ottenuta.

Il p. viene quindi disposto in decubito ventrale su un comune tavolino in modo che le pliche inguinali corrispondano al margine di esso. La parte superiore del tronco appoggia per mezzo delle braccia a un altro tavolino il cui piano è 35 cm. circa più alto di quello del primo. Tale posizione produce forte iperestensione della colonna vertebrale. In capo a dieci-venti minuti ricompare la lordosi lombare e scompare il gibbo. L'indagine radiologica permette di constatare che il corpo vertebrale ha ripreso la forma normale di cilindro a basi parallele; sono scomparse la sublussazione delle apofisi articolari e la diastasi dei frammenti dell'apofisi spinosa o, in caso che questa sia integra, la diastasi interspinosa. Non è da temersi una correzione troppo accentuata essendo questa impedita dal legamento vertebrale anteriore, dai muscoli psoas e dal contatto fra le apofisi spinose e fra le apofisi articolari.

Ottenuta la riduzione della frattura, si applica un busto gessato con punti di appoggio sul manubrio dello sterno, sulla sinfisi pubica e sul punto di massima lordosi della colonna. L'immobilizzazione deve essere protratta, secondo la gravità della frattura, per dodici-diciotto settimane.

Durante questo periodo il p. compie giornalmente degli esercizi flesso-estensori degli arti superiori, degli arti inferiori, del tronco; inoltre durante cinque-dieci minuti gli si fa portare sulla testa un sacco di sabbia il cui peso cresce progressivamente da cinque a quaranta chili.

Con tale trattamento « funzionale » si evitano gli inconvenienti di un'immobilizzazione prolungata: atrofia muscolare, ossea e rigidità articolare; si combatte inoltre a meraviglia il trauma psichico che accompagna le fratture del rachide. L. FERRETTI.

I tumori primitivi del rachide.

(POINSO e FARNARIER. *Gazette des hôpitaux*, 1933, n. 38).

L'osservazione di una malata colpita da paralisi flaccida con sindrome di compressione del midollo per schiacciamento dell'asse nervoso da tumore del rachide ha spinto a studiare e ricercare nella letteratura i casi di cancro primitivo del rachide. Essi sono rari e quasi sempre confusi con i cancri secondari: si tratta di sarcomi, mielomi, condromi, cordomi, angiomi, epitelio-sarcomi.

I più frequenti sono i sarcomi vertebrali: i sarcomi vertebrali secondari sono eccezionali. Si ritrovano nei giovani, acquistano rapidamente volume considerevole e prediligono la regione cervicale all'opposto del cancro secondario.

L'inizio può avvenire nel corpo, come nelle forme secondarie, ovvero sulle lamine sulle apofisi spinose, o articolari o sul periostio. In genere sono colpite più vertebre. Evoluzione rapida, durata al massimo di dieci mesi. Anatomicamente sono sarcomi osteoblastici od a mieloplassi. Nei primi la radiologia mostra frequentemente l'aspetto a biscotto, talora aspetti

di condensazione, ombre spesso molto estese, deboli, mal limitate od osteoporosi. I sintomi del liquor sono quelli di ogni compressione: iperalbuminosi con dissociazione albumino citologica.

La nosologia dei sarcomi a mieloplassi è meno nettamente definita di quella dei sarcomi veri sia anatomicamente che clinicamente. La localizzazione più frequente è la regione cervicale e la regione sacrale. Sono neoformazioni molli, decalcificate. Cellula tipo è il mieloplasso: per Ritter e Masson sono dei sarcomi, per Recklinghausen e Barié sono osteiti fibrose. La malignità è minore di quella dei sarcomi veri, assenti abitualmente le metastasi, guarigione frequente per ricalcificazione dopo intervento. Radiologicamente l'aspetto ricorda l'osteite fibrosa o la cisti dell'osso.

Il mieloma è stato per molto tempo confuso col sarcoma: ha tendenza ad approfondirsi con deformazioni vertebrali che ricordano l'osteomalacia. In genere sono tumori multipli. Sede di predilezione sono le costole e lo sterno: compare fra i 40-60 anni. Macroscopicamente la forma dell'osso è conservata. Il periostio è intatto: nell'interno vi è un focolaio rammollito, con trasformazione sarcomatosa della cellula embrionaria osteoblastica più o meno differenziata verso la serie mieloide. Clinicamente vi è un solo sintoma ed è il dolore, poichè non vi sono sintomi locali, non vi è gibbo. Talora si provoca schiacciamento vertebrale con compressione midollare o radicolare. La durata non sorpassa un anno e mezzo. Non vi sono mai metastasi viscerali. Il sangue può essere normale; in caso di cloroma vi sono deformazioni vertebrali, lesioni del cranio, del viso, albuminuria e formula sanguigna di leucemia. Spesso la reazione di Bence Jones manca.

L'esame radiologico mostra uno schiacciamento vertebrale ed una grossa decalcificazione, zone di rarefazione chiare, a contorni netti.

Il condroma è ancor più raro del precedente. Accanto ad essi bisogna porre dei piccoli tumori cartilaginei, piccole nodosità sviluppatesi a spese dei dischi. Si è d'accordo nel ritenere che sebbene il condroma sia benigno può in alcuni casi associarsi o trasformarsi in sarcoma. Sede di predilezione è la regione cervicale, il volume può essere considerevole fino ad un grosso pugno. E' liscio, multilobulato, biancastro o rossastro. Il punto di impianto vertebrale è variabile e spesso segnato da una sporgenza. Spesso negli antecedenti si riconosce un trauma.

Clinicamente si nota una tumefazione, in genere nelle regioni laterali del collo, ove la pelle è tesa, rossa, liscia, ma non aderente; la consistenza è ossea, indolore, non vi sono adenopatie, l'evoluzione lenta e progressiva, con fenomeni di compressione. Radiologicamente si nota a livello di un corpo vertebrale un'ombra ossea segnante la sporgenza del punto di impianto ed all'intorno una zona sfumata più o meno marezzata.

Il cordoma è un tumore maligno formato a spese dei resti embrionari della notocorda.

Sono il più spesso dei cordomi sacro-coccigei determinanti una sindrome di cauda equina. Hanno aspetto istologico speciale con struttura alveolare di sostanza gelatinosa e cellule fisalifore caratterizzanti la notocorda.

L'angioma vertebrale o emangioma od angiosarcoma, è eccezionale. In genere si produce nei giovani, in specie nelle donne, nella regione dorsale media. E' un tumore duro, di consistenza analoga a quella dell'osso spongioso; vi si nota decalcificazione e ritorno dell'osteoblasta allo stato fibro-connettivale banale.

Clinicamente non si nota deformazione della colonna vertebrale, ma l'installazione, generalmente lenta e progressiva di una paraplegia spastica. I dolori in questo tumore sono quasi sempre assenti. La radiografia mostra i contorni generali dei corpi vertebrali conservati. I bordi sono netti, i corpi vertebrali allargati nel senso antero-posteriore, l'aspetto è poroso, ovattato, a nido d'ape.

L'epiteliosarcoma è in genere secondario ad una neoplasia prostatica: la metastasi rachidea è considerata primitiva perchè mentre il tumore originale è epiteliale, la meatstasi rachidea è sarcomatosa.

Diagnosi: lo studio delle differenti forme cliniche mostra le difficoltà della diagnosi dei tumori primitivi del rachide.

Nella diagnosi con i tumori secondari, la variabilità dell'evoluzione, la possibilità di latenza completa, la confusione facile con un carcinoma metastatico, l'assenza assoluta di un criterio radiologico, fanno errare la diagnosi, salvo in alcuni casi di cordoma. I segni del liquor, la prova di Queckenstedt, la prova al lipiodol, danno utili nozioni: se esse non possono indicare la natura del tumore per lo meno faranno riconoscere il volume del tumore, la sede; secondo Sicard lo spazio epidurale è bloccato più precocemente nei tumori primitivi. Però è da notare che mentre la paralisi spastica è di regola nei carcinomi metastatici, è invece la regola nei primitivi la paralisi flaccida: nel cancro primitivo la compressione è diretta, ed in rari casi la compressione midollare è dovuta allo schiacciamento della colonna. Nei cancri metastatici, la compressione diretta ha importanza, ma maggiore ne hanno i meccanismi arteriosi, venosi, linfatici, edematosi (e specialmente la pachimeningite cancerosa), nel determinare lo strozzamento progressivo del midollo.

Fraenkel ha cercato di porre le basi di una diagnosi differenziale radiologica: nel sarcoma non si avrebbero mai importanti decalci-

ficazioni: e se queste si verificano nel cancro osteoblastico qui non vi è mai ombra invadente, interessante le parti molli. Questa distinzione però in genere non vale.

Vi è poi la diagnosi da fare con le sindromi di interruzione midollare, con le mieliti trasverse infettive o specifiche, con le sindromi vascolari midollari frequenti nei vecchi e determinanti estesi rammollimenti. Ricordarsi che nelle mieliti trasverse l'arresto della sensibilità è netto ed eguale sui due lati del corpo.

La prognosi del cancro primitivo del rachide è più favorevole di quella del neoplasma secondario, perchè più accessibile alla chirurgia od alla radioterapia. MONTELEONE.

Tecnica della apofisectomia nella sacralizzazione della quinta vertebra lombare.

(V. PUTTI e O. SCAGLIETTI. *Chir. Org. mov.*, fasc. I, 1932).

Gli AA., ricordata la diversa tecnica usata dai vari operatori (Wertheimer, Bonniot, Van Neck, Babbini) per eseguire l'apofisectomia della V L, ritengono che la migliore sia quella di Bonniot, la quale però, se anatomicamente è impeccabile, è viceversa chirurgicamente manchevole poichè il taglio ch'egli propone un po' all'interno del margine laterale della massa sacro-lombare, fa cadere all'esterno dell'apofisi trasversa, per cui si asporta l'apice soltanto di questa e non la base.

Avendo operato 2 casi con tale tecnica, l'apofisectomia fu parziale, e già dopo 2 mesi l'apofisi si era riformata e così pure la scoliosi sintomatica, e dopo due anni anche i dolori ricomparvero. Convinti che l'apofisi deve essere scoperta alla sua base e che l'incisione deve cadere sulle apofisi spinose, dopo aver controllata la tecnica sul cadavere, così la riassumono:

1) *Determinazione sulla cute dell'apofisi spinosa della V L e della II L.* — Col conteggio palpatorio si determina la V L e con un cerotto vi si fissa sopra un indice metallico; ci si accerta con radiogramma se tale indice cade sulla vertebra voluta. Fissata la V L col conteggio palpatorio si fissa la II L.

2) *Posizione dell'ammalato.* — Decubito ventrale, testa declive, un cuscino sotto il bacino.

3) *Incisione della cute* di circa 16 cm.; parte dalla II apofisi L, scende leggermente all'esterno delle apofisi spinose sino alla V L e quindi piega all'esterno incrociando la tuberosità iliaca che oltrepassa di 4 cm. Sul labbro mediale della ferita, all'altezza dell'apofisi spinosa dela V L si pone una pinza.

4) *Incisione dell'aponeurosi lombo-sacrale e scollamento delle masse muscolari del piano scheletrico.* — Incisa l'aponeurosi lombo-sacrale lungo le apofisi si prolunga in basso in modo rettilineo sul dorso del sacro, a differenza dell'incisione cutanea, onde scheletrizzare il dorso del sacro. Si scollano allora le masse muscolari con distacca-periostio della doccia vertebrale.

5) *Scheletrizzazione e resezione della costa iliaca.* — Incise all'angolo infer. della ferita le propaggini della massa sacro-lombare si distaccano dalla superficie ossea col raspatoio sino a denudare l'apofisi sacralizzata; se questa è nascosta dalla cresta dell'ileo con lo scalpello se ne asporta un tratto di 4-5 cm.

6) *Individualizzazione ed isolamento dell'apofisi sacralizzata.* — Scoperto bene il piano scheletrico, si segue il dorso del sacro e si giungerà così allo spazio interlaminare socro-lombare, al di sopra e lateralmente del quale si rinvengono le apofisi della V L.

7) *Resezione dell'apofisi.* — Si reseca dapprima alla sua base collo scalpello e quindi si distrugge coi morsi della pinza ossivora, portando via bene la sua testa, ed il tratto di ala sacrale sede della neoartrosi.

8) *Ricostruzione.* — Avvicinamento della massa muscolare con punti in catgut; chiusura per prima, immobilizzazione in valva gessata preparata prima dell'intervento, che va prolungata 2-3 mesi onde evitare il pericolo di una reazione osteogena. R. GRASSO.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

L'empiema infrapolmonare.

(TOUROFF. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, agosto 1933).

L'empiema infrapolmonare è una pleurite purulenta saccata localizzata tra il lobo inferiore del polmone e il diaframma. L'A. preferisce la definizione di « infrapolmonare » a quella di « empiema diaframmatico » o « sopradiaframmatico » perchè con questi due termini può anche intendersi un empiema saccato della parte inferiore della pleura che si estenda fino al seno costo-diaframmatico. Benchè non frequente, si tratta di un'affezione meno rara di quanto comunemente si creda; le difficoltà diagnostiche, la frequenza con la quale viene confuso con altre affezioni toraciche ed extratoraciche, i problemi tecnici riguardanti la cura, tutto contribuisce al suo interesse e alla sua importanza.

L'empiema infrapolmonare è generalmente consecutivo ad una flogosi del polmone, più raramente a una suppurazione sottodiaframmatica.

Nel pus sono stati frequentemente riscontrati i pneumococchi, qualche volta gli anaerobi e lo stafilococco aureo. Le malattie che più comunemente si complicano con l'empiema infrapolmonare sono, in ordine di frequenza: polmonite lobare, broncopolmonite, ascesso polmonare, necrosi di infarto polmonare.

Anatomo-patologicamente le varietà dell'em-

piema infrapolmonare si possono riunire in tre gruppi:

1) la raccolta purulenta rimane localizzata fra il lobo inferiore e il diaframma senza venire a contatto con la parete toracica in alcun punto. Perifericamente alla raccolta purulenta la superficie inferiore del lobo polmonare aderisce al diaframma, isolandola dalla grande cavità pleurica; questa zona polmonare è più o meno vasta a seconda della minore o maggiore estensione della raccolta purulenta;

2) la raccolta purulenta, aumentando di volume, distacca il margine polmonare dal diaframma e risale, circondandolo, nella grande cavità pleurica. La zona dove avviene questo distacco è in vicinanza della colonna vertebrale; ciò per ragioni anatomiche: in questa zona il seno costo-diaframmatico è poco profondo, il margine polmonare è smusso e arrotondato. La raccolta purulenta viene così ad avere due porzioni: una infrapolmonare e una parietale; in alcuni di questi casi la raccolta parietale può acquistare uno sviluppo tale da mascherare completamente la raccolta primitiva.

3) I casi appartenenti a questo gruppo riuniscono le particolarità del I e del II. La raccolta purulenta rimane completamente localizzata al disotto del lobo inferiore, nel medesimo tempo però, viene a contatto con la parete toracica, perchè, non avendo il margine polmonare aderito al diaframma, esso viene respinto in alto dal pus. Anche in questi casi il contatto fra la raccolta purulenta e la parete toracica avviene in corrispondenza della faccia posteriore e postero-laterale del torace. La zona di contatto assume una forma a fascia, orizzontale, più o meno estesa.

Sintomatologia. — La sintomatologia generale dell'empiema infrapolmonare non differisce grandemente da quella delle altre varietà d'empiema saccato. L'infezione pleurica può manifestarsi durante il decorso della malattia polmonare, sia quando questa ha cominciato a declinare. Nel primo caso (empiema infrapolmonare parapneumonico), la sintomotologia si confonde con quella dell'affezione polmonare in atto; nel secondo caso (empiema infrapolmonare metapneumonico), si ha una recrudescenza dei sintomi: tosse, febbre, malessere, ecc.

Una particolarità della sintomatologia dell'empiema infrapolmonare è costituita dai segni, che si manifestano precocemente, di irritazione diaframmatica. L'irritazione della cupola del diaframma si manifesta con dolenzia della spalla, in corrispondenza dell'area innervata dalle 3ª-4ª-5ª radice cervicale (da cui s'origina il frenico); l'irritazione della parte periferica del diaframma si manifesta con dolore nella parte inferiore del torace e nell'addome alto; è stato anche descritto, come caratteristico, un dolore intenso lungo la dodicesima costa.

I sintomi di irritazione diaframmatica, che possono anche esistere in altre lesioni (ascessi subfrenici) si attenuano man mano che la raccolta purulenta aumenta.

All'esame fisico, quando si tratta di varietà appartenenti al primo gruppo, nelle quali cioè il pus non raggiunge la parete toracica, si rilevano solamente i sintomi dell'infiltrazione del polmone soprastante; ipofonesi, più o meno notevole, e diminuzione più o meno notevole del murmure; la mobilità diaframmatica è scomparsa. Quando il pus ha raggiunto la parete toracica (gruppo II e III) il primo sintomo è la comparsa di una piccola area di dolorabilità alla pressione in vicinanza della colonna vertebrale all'altezza degli ultimi spazi intercostali. Aumentando di volume la porzione toracica della raccolta, compajono i sintomi di un empiema saccato.

Altra caratteristica dell'empiema infrapolmonare, specialmente quando è situato a sinistra, è lo spostamento del cuore.

Radiologicamente la raccolta purulenta è ben visibile quando invade la grande cavità pleurica (gruppo II e III); sarà utile l'esame in incidenza laterale per dissociare le ombre projettate dalle due porzioni, parietale e diaframmatica, del versamento. Allorchè, invece si tratta di piccole raccolte limitate e separate dalla parete toracica l'ombra del versamento si confonde con quella del polmone infiltrato soprastante. Se la raccolta ha dimensioni notevoli, pur essendo sempre separata dalla parete toracica, si osserva, nella parte inferiore del campo polmonare, un'ombra densa, che in basso si confonde con quella del fegato e che termina in alto con un margine netto convesso. È facile in questi casi diagnosticare un ascesso subfrenico non ostante che l'anamnesi non metta in evidenza nulla di addominale; il pneumoperitoneo, permettendo di localizzare radiologicamente il diaframma, renderà possibile la diagnosi esatta.

La puntura esplorativa verrà praticata nel nono e decimo spazio intercostale, posteriormente; quanto più piccola è la raccolta tanto maggiore è la profondità alla quale bisogna penetrare; occorre tener presente in questi casi il pericolo di attraversare il diaframma e penetrare nell'addome. Quando si tratta di piccole raccolte e la puntura esplorativa è stata positiva, l'ago verrà lasciato in posto come guida durante l'intervento.

Trattamento. — Il trattamento è, come si comprende, chirurgico; in genere viene eseguito quando il pus è venuto a contatto con la parete toracica. Consiste nella resezione più o meno ampia della parte posteriore di una o due coste inferiori. Aperta la pleura in corrispondenza della zona limitata dalle aderenze e svuotata la raccolta parietale, si solleverà il margine polmonare per svuotare la raccolta diaframmatica; si ispezionerà poi accurata-

mente la faccia inferiore del lobo polmonare per riconoscere e trattare convenientemente la lesione primitiva (ascesso polmonare, ascesso bronchiettasico); la trascuranza di questa precauzione ha, a volte, causate delle recidive.

In alcuni casi, però, le condizioni del paziente impongono l'intervento prima che il pus abbia raggiunta la parete toracica; può allora darsi che a questa si trovi aderente il lobo polmonare inferiore, infiammato, che sarà attraversato giungendo così sulla raccolta purulenta senza aprire la cavità pleurica; altre volte queste aderenze mancano e per raggiungere il pus occorre scollare il lembo polmonare dal diaframma; in questi casi è necessario usare quelle precauzioni (tamponamento, operazione in due tempi, sutura del polmone alla breccia superficiale) che garantiscono la difesa della grande cavità pleurica.

Nel decorso post-operatorio è stata trovata utile la frenicofrassi per accelerare la ritardata obliterazione del cavo residuo.

L. FERRETTI.

La linfangite cancerosa del polmone a forma soffocante.

(COSTEDOAT. *La Presse médicale*, 1933, n. 37).

La linfangite cancerosa dei polmoni a forma soffocante è una curiosa affezione i cui sintomi clinici sono assai analoghi ai disturbi che la granulia provoca con l'invasione del polmone. Si contano finora 17 casi pubblicati.

In genere si tratta di soggetti giovani, quasi tutti affetti da cancro dello stomaco, le cui prime manifestazioni rimontavano ad antica data. I prodromi consistono in alterazione dello stato generale, senza aver nulla di caratteristico; forse non sono da addebitarsi all'invasione del polmone. Il dimagrimento è costante e talora considerevole; astenia, anoressia; non febbre. La durata di questi prodromi non sorpassa 4-5 settimane, dopo di che si manifestano i disturbi respiratori. Insorgono non improvvisi, e consistono essenzialmente in dispnea che, moderata all'inizio, aumenta rapidamente di intensità e diviene permanente: si contano talora 40 respiri al minuto. Gli sforzi determinano spesso accessi di soffocazione. Questa dispnea non trova la sua spiegazione nell'esame clinico dell'apparato respiratorio: non si notano che rantoli bollosi spesso in una area ristretta, ed in molti casi, ma non in tutti, un indebolimento del murmure vescicolare. Eccezionalmente emottici, piccole, sfregamenti pleurici o segni di versamento pleurico poco abbondante. La tosse non è ordinariamente importante, l'espettorato, praticamente, nullo. Ipotensione arteriosa, polso frequente, febbre lieve; sudorazione abbondante la notte. Abitualmente, e gli AA. insistono su questo, all'esame obiettivo non si discopre il tumore originale: esso è latente.

Insomma, all'infuori della dispnea, nulla di caratteristico, e la cosa alla quale subito si pensa è la granulia. L'esame radiologico apporta interessanti particolari: esso mostra che le lesioni polmonari sono più gravi di quel che non faccia sospettare l'esame stetoacustico, e fa apparire una immagine, secondo l'A., particolare.

Se ci si contenta di un esame radioscopico non si constata che una diminuzione diffusa della trasparenza: radiograficamente il parenchima polmonare sembra percorso da una rete densa e continua; molti elementi di questa rete sono quasi rettilinei e diramano dall'ilo: essi rappresentano la rete di linfangite caratteristica della malattia dal punto di vista anatomo patologico. I punti di incrocio più opachi, potrebbero a prima vista sembrare disseminazioni tubercolari.

La morte sopravviene in un parossismo dispnoico, ovvero all'improvviso, in genere pochi giorni dopo la comparsa della dispnea, di rado, dopo un mese.

Anatomo-patologicamente la lesione essenziale è una distensione dei vasi linfatici determinata in tutto il polmone dalle cellule cancerose. Il polmone è aumentato di peso, voluminoso, aumentato di consistenza. Il loro colore è più oscuro che di solito. Su tutta la superficie della pleura viscerale si disegna una rete linfatica che spicca col suo colore bianco sul fondo rosso bruno: questa rete pleurica può anche mancare e la cosa non deve sorprenedere se si pensa che la rete linfatica polmonare è distinta dalla rete linfatica pleurica. Sulla superficie di sezione compaiono numerosi punti biancastri donde la pressione fa uscire dei cilindri cremosi. Nella sua forma più pura, la linfagite cancerosa non si accompagna a nodi apparenti, ma in qualche osservazione furono notati nodi della grandezza da una testa di spillo a quella di una nocciola. Istologicamente i linfatici situati negli assi broncovascolari o sotto la pleura viscerale, sono riempiti di cellule cancerose. Le cellule cancerose sono assai voluminose, con mostruoso nucleo chiaro, spesso in mitosi. Il centro dell'ammasso neoplastico spesso è necrosato. La parte vascolare ed il suo endotelio sono intatti. La maggior parte degli alveoli sono vuoti, altri riempiti di edema, in altri vi è una alveolite essudativa. Sono rare le trombosi dei piccoli vasi e gli infarti.

Spesso si trova una pleurite bilaterale, lieve. Il tumore primitivo ha sede nella quasi totalità dei casi nello stomaco con metastasi talora insignificanti.

Il cancro secondario del polmone si distingue dalla linfangite cancerosa diffusa per la lentezza della sua evoluzione e per il volume dei suoi nuclei. Nei casi tipici non si vedono masse cancerose isolate ad occhio nudo

☛ Il sistema più comodo ed economico per l'invio di somme all'editore **LUIGI POZZI**, di Roma, sia per abbonamento al Giornale **«IL POLICLINICO»** od agli altri suoi periodici: **«CUORE E CIRCOLAZIONE»** – **«LA CLINICA OSTETRICA»** – **«IL VALSALVA»** – **«IL DIRITTO PUBBLICO SANITARIO»** e sia per l'acquisto di **PUBBLICAZIONI DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE**, è quello del **CONTO CORRENTE POSTALE**.

Per valersene basta staccare il qui sotto annesso bollettino, riempirlo e consegnarlo all'Ufficio Postale più vicino assieme al denaro che si vuole spedire.

☛ *Si prega di staccare seguendo la perforatura*

☛ (Staccare il Bollettino sulla presente tracciatura)

Amministrazione delle Poste e dei Telegrafi
SERVIZIO DEI CONTI CORRENTI POSTALI

Certificato di allibramento

Versamento di L. ....

eseguito da ....

residente in ....

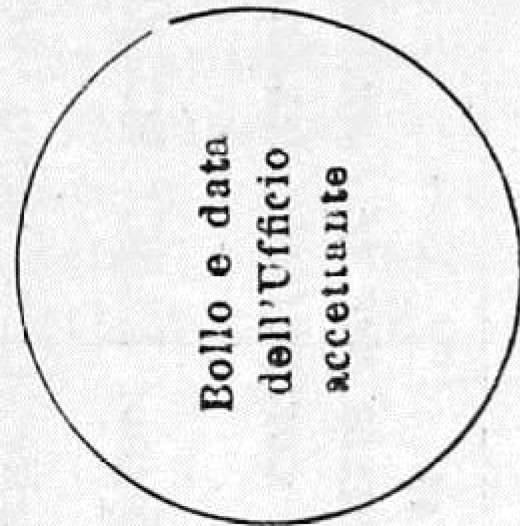
via ....

sul c/c N. **1/5945**

intestato a: Luigi Pozzi, editore
Roma - Via Sistina, 14

Addì 193

Bollo lineare dell'ufficio accettante



N. ....
del bollettario ch 9

Vedi a tergo la causale (*facoltativa*), e la dichiarazione di allibramento.

Amministrazione delle Poste e dei Telegrafi

Servizio dei Conti Correnti Postali

Bollettino per un versamento di L. ....

Lire .... (in lettere)

eseguito da ....

residente in ....

via ....

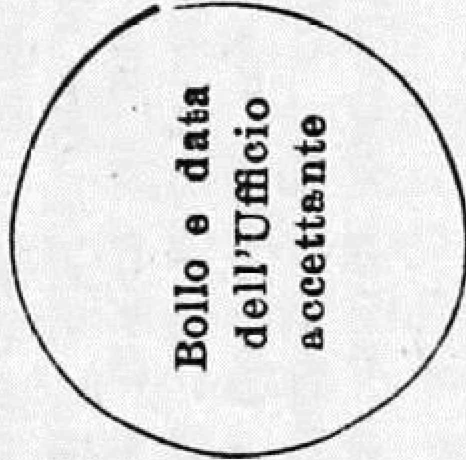
sul c/c N. **1/5945** *intestato a:*

Luigi Pozzi, editore - Via Sistina, 14 - Roma
nell'ufficio dei conti di ROMA.

Firma del versante *Addì* 193

Bollo lineare dell'ufficio accettante

Tassa di L. ....



Spazio riservato all'ufficio dei conti

Cartellino numerato del bollettario di accettazione

L'Ufficiale di Posta

Mod. ch 8bis
(Edizione 1929)

Amministrazione delle Poste e dei Telegrafi
SERVIZIO DEI CONTI CORRENTI POSTALI

Ricevuta di un versamento

di L. ....

Lire .... (in lettere)

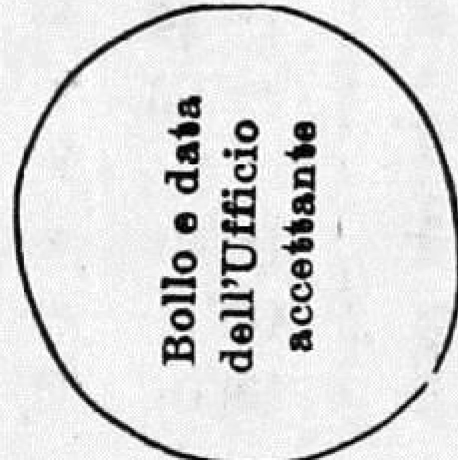
eseguito da ....

sul c/c N. **1/5945** *intestato a:*
Luigi Pozzi, editore
Roma - Via Sistina, 14

Addì 193

Bollo lineare dell'ufficio accettante

Tassa di L. ....



L'Ufficiale di Posta

Indicare a tergo la causale del versamento

P. 43

Spazio per le comunicazioni del versante al correntista destinatario (facoltative)

Signor LUIGI POZZI, editore ROMA

Queste Lire Venti ve le invio quale mia *sottoscrizione* impegnativa d'acquisto delle *LEZIONI* del prof. FRUGONI, coll'intesa che appena il volume sarà pronto mi verrà da voi ceduto con *eccezionale riduzione* sul prezzo di copertina, defalcando l'acconto presente.

(*firma*) ....

Parte riservata all'ufficio dei conti

N. .... *dell'operazione*

Dopo la presente operazione il credito del conto

è di L. ....

Il Direttore dell'Ufficio

....

AVVERTENZE

Il versamento in conto corrente è il mezzo più semplice e più economico per effettuare rimesse di denaro a favore di chi abbia un c/c postale.

Chiunque, anche se non correntista, può effettuare versamenti a favore di un correntista. Presso ogni ufficio postale esiste un elenco generale dei correntisti, che può essere consultato dal pubblico.

Per eseguire il versamento il versante deve compilare in tutte le sue parti, a macchina o a mano, purchè con inchiostro, il presente bollettino (indicando con chiarezza il numero e la intestazione del conto ricevente qualora già non vi siano impressi a stampa) e presentarlo all'ufficio postale, insieme con l'importo del versamento stesso.

Sulle varie parti del bollettino dovrà essere chiaramente indicata, a cura del versante, l'effettiva data in cui avviene l'operazione.

Non sono ammessi bollettini recanti cancellature, abrasioni o correzioni.

I bollettini di versamento sono di regola spediti, già predisposti, dai correntisti stessi ai propri corrispondenti; ma possono anche essere forniti dagli uffici postali a chi li richieda per fare versamenti immediati.

A tergo dei certificati di allibramento i versanti possono scrivere brevi comunicazioni all'indirizzo dei correntisti destinatari, cui i certificati anzi detti sono spediti a cura dell'ufficio conti rispettivo.

L'ufficio postale deve restituire al versante, quale ricevuta dell'effettuato versamento, l'ultima parte del presente modulo, debitamente completata e firmata.

Tassa da pagarsi pei versamenti

Servendosi del presente Bollettino si paga:

— nei Capoluoghi di Provincia: NULLA

— negli altri uffici del Regno:

		che si dovrebbe pagare usando vaglia postali
fino a L. 50 —	L. 0,15 invece di L.	0,80
» » » 100 —	» 0,20 » » »	1,20
» » » 500 —	» 0,40 » » »	3,50
» » » 1000 —	» 0,60 » » »	6 —
» » » 5000 —	» 1 — » » »	26 —
» » » 10000 —	» 2 — » » »	51 —

Si prega distaccare seguendo la perforatura:

Staccare lungo la perforatura

È facile confondere la linfangite cancerosa generalizzata con la granulia tubercolare e più precisamente con quella che si chiama asfissia tubercolare acuta di Graves. Secondo l'A. gli elementi più importanti della diagnosi differenziale sono dati dalla curva termina e dalla radiografia polmonare. Nella linfangite cancerosa il massimo della febbre notata è stato qualche raro 38°. Dal punto di vista patogenetico si può ammettere o una estensione per contiguità (aderenza del tumore del diaframma). I fatti hanno dimostrato che ciò è eccezionale, ovvero la propagazione per via sanguigna (vene, cuore destro, polmoni), ovvero, più probabilmente bisogna ammettere la propagazione per via linfatica: attraverso il canale toracico, all'inizio del quale affluiscono i linfatici dello stomaco, le cellule cancerose guadagnano i vasi linfatici del polmone per il reflusso della linfa contenente le cellule tumorali nei linfatici dell'ilo, diffondendoli nei due polmoni per mezzo delle anastomosi linfatiche.

MONTELEONE.

La lobectomia bilaterale.

(FLOESSER. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, agosto 1933).

La lobectomia va guadagnando terreno nel trattamento delle bronchiettasie suppurative ostinate; la mortalità, molto alta in passato, diminuisce gradualmente grazie ai perfezionamenti di tecnica e agli accorgimenti escogitati dai chirurghi che si dedicano in particolar modo alla chirurgia polmonare; i risultati ottenuti con questo intervento sono nettamente superiori a quelli ottenuti con la toracoplastica e con la pneumotomia.

La statistica pubblicata nel 1925 da Lilienthal, che ha la più vasta esperienza in materia, comprendeva 34 lobectomie per bronchiettasie complicate da suppurazione, con 21 decessi; la mortalità, cioè, raggiungeva il 62 %; statistiche di vari AA., comprendenti 212 lobectomie, pubblicate durante l'anno in corso, danno una mortalità del 34 %. Esaminando però solamente le statistiche più recenti e più favorevoli si ha una mortalità dal 20 % e anche del 15 % con una quota di risultati completamente favorevoli che raggiunge il 65 % dei sopravvissuti. Allo stato attuale delle cose bisogna sottoscrivere all'opinione di Lilienthal per il quale la lobectomia va riservata ai casi ostinati, pur tuttavia la riduzione anche a metà della mortalità, ottenuta nel periodo degli ultimi sette anni, è assai promettente.

La terapia chirurgica si è finora limitata ai casi monolaterali; Krampf, della clinica di Sauerbruch, ha proposto l'intervento nelle forme bilaterali, aggredendo per primo il lato in condizioni peggiori. L'A. ha trattato chirurgicamente, mediante la lobectomia bilaterale eseguita in più tempi, un caso di bronchiettasie ascessuali di ambedue i lobi polmonari inferiori. La p. era stata assoggettata in precedenza ad altri interventi: toracoplastica parziale e pneumotomia, ma senza benefici; la prima lobectomia, a destra, fu eseguita nel settembre 1931, la seconda nel gennaio 1932; il risultato fu soddisfacente e si mantiene a distanza di diciotto mesi, la capacità vitale post-operatoria è di cmc. 1588.

L. FERRETTI.

Lo stato del diaframma dopo frenicectomia.

(R. RAUTUREAU, A. SALLÉ e A. BOHÉMIER. *Presse Méd.*, 12 luglio 1933).

Gli AA. hanno ricercato in quali proporzioni ed in quali condizioni si verifica la ripresa della funzione emidiaframmatica in malati frenicectomizzati.

Studiando radiologicamente 50 malati, quasi tutti operati dallo stesso chirurgo, hanno potuto dividere i soggetti in tre gruppi:

Un primo gruppo in cui l'immobilità diaframmatica era completa in respirazione normale e forzata.

Un secondo gruppo in cui questa immobilità esisteva solamente in respirazione normale, mentre la respirazione forzata faceva apparire un movimento sia paradossale sia sinergico.

Un terzo gruppo in cui si constatava mobilità in respirazione normale e forzata, il movimento essendo sia paradossale sia sinergico.

Al primo gruppo appartenevano 19 casi (38 %). Gli AA. hanno voluto controllare se esistesse un rapporto fra importanza della exeresi e grado di ascensione dell'emidiaframma e, conformemente a quanto è noto, hanno constatato che tale rapporto non esiste.

Al secondo gruppo appartenevano 10 soggetti (20 %). In quattro soggetti si osservava un movimento paradosso, in 6 un movimento normale. Quando esisteva un movimento paradosso, detto di Kiemböck, gli AA. hanno osservato che l'emidiaframma sano aveva una [illegible] di ampiezza assai limitata in respirazione normale e che rimaneva uguale in respirazione forzata, mentre l'ingrandimento della gabbia toracica era importante, sopratutto in respirazione forzata. Gli ammalati che presentavano un movimento sinergico avevano invece un gioco di emidiaframma sano già forte in respirazione normale, che si ampliava del doppio o del triplo in respirazione forzata.

Queste constatazioni conducono gli AA. a pensare che quando un emidiaframma dopo frenicectomia presenta un movimento in respirazione forzata, esso si effettua nella direzione della forza massima, quindi nel senso del movimento del diaframma sano, quando predomina il gioco respiratorio di quest'ultimo, in senso paradosso quando, predominando il sollevamento costale l'emidiaframma frenicectomizzato viene attirato in alto dalla pressione intra-toracica molto negativa che ne risulta.

Il terzo gruppo si suddivideva in diversi sottogruppi. In 5 casi (10 %) si aveva, sia in respirazione normale che in respirazione forzata, una mobilità paradossa. Valgono qui le stesse considerazioni fatte per i casi di movimento paradosso del secondo gruppo.

In 16 casi si aveva un movimento di senso normale. Fra questi casi, 6 presentavano un movimento di debole ampiezza, dovuto, secondo gli AA., al'azione dell'altro emidiaframma. In 1 caso si notava movimento di ampiezza quasi fisiologica che tale si era manifestato immediatamente dopo l'operazione. Probabilmente in questo caso doveva esistere un tronco accessorio del frenico o delle vie anastomotiche particolarmente sviluppate che l'exeresi del tronco principale non era riuscita a rompere.

In 9 casi esisteva un movimento di ampiezza quasi fisiologica sopravvenuto tardivamente, dopo una fase più o meno lunga di paralisi. In questi casi non si tratta di una mobilità passiva dovuta all'influenza del lato sano, ma di una vera mobilità propria dell'emidiaframma prima paralizzato.

Qual'è la conseguenza della scomparsa della paralisi emidiaframmatica dal punto di vista polmonare? Quando la paralisi temporanea non è stata efficace, la ripresa del movimento dell'emidiaframma non solo non provoca inconvenienti, ma può anche essere salutare se le lesioni non sono basali. Essa ha, per contro, delle conseguenze funeste quando la paralisi temporanea è stata efficace, a meno che non intervenga tardivamente quando la retrazione delle lesioni è definitiva e non c'è più da temere una ripresa di attività del vecchio focolaio tubercolare.

Per ottenere una paralisi emidiaframmatica definitiva occorre un'exeresi di almeno 13 cm. Nessuna exeresi superiore a questo limite è stata seguita da ricomparsa della mobilità emidiaframmatica.

C. TOSCANO.

MALATTIE DEL LAVORO.

Contributo clinico-radiologico allo studio della pneumoconiosi da zolfo.

(F. GIUFFRIDA. *Rivista di Patol. e Clin. della tuberc.*, 30 giugno 1933).

Le polveri industriali, per quanto riguarda l'azione sul polmone, sono divise da Devoto e Cesa-Bianchi in polveri ad azione chimica, ad azione meccanica e ad azione indifferente. Lo zolfo è ad azione indifferente. Ma anche le polveri indifferenti, fini, possono dare lesioni polmonari. Lo zolfo, secondo Di Giovanni, non può dare pneumoconiosi, mentre Ferrannini è di parere contrario.

Lo zolfo è una polvere inerte, ma certamente l'operaio che lavora nelle zolfataie respira non solo zolfo ma anche silice, gesso, arenaria, ecc. I picconieri respirano anche anidride solforosa ed hanno quindi la così detta bronchite da fumo. Quindi all'azione meccanica delle polveri si deve aggiungere l'azione chimica dei gas dello zolfo.

L'A. ha studiato al Dispensario Provinciale Antitubercolare di Enna 110 zolfatai, di cui 40 avevano già lasciato il lavoro da diversi anni; 9 erano scalcaratori, ma gli altri tutti picconieri ed avevano cominciato il lavoro da giovanissimi.

I disturbi subiettivi accusati erano: tosse con o senza espettorazione muco-purulenta, dispnea, dolori toracici, astenia, emottisi (questa non in tutti e quasi sempre dopo inalazione di anidride solforosa).

In 32 casi l'esame fisico era muto. Negli altri c'erano i sintomi di una bronchite catarrale cronica, in 12 enfisema polmonare avanzato.

Radiologicamente invece lesioni da pneumoconiosi sono state trovate in tutti i casi e le lesioni erano maggiori nei più vecchi. In un solo caso fu trovato il b. di Koch nell'espettorato e si trattava di soggetto già diagnosticato tubercoloso. In nessun espettorato fu trovata la spirocheta mentre in 46 si trovò nettamente positiva la reazione dello zolfo e in 14 debolmente positiva la stessa reazione.

In qualche caso l'entità delle lesioni non era in rapporto colla durata dell'inalazione; in questi casi si trattava di individui che avevano avuto malattie dell'apparato respiratorio in passato. Queste certamente predispongono alle lesioni da polveri. La pneumoconiosi degli zolfatai non favorisce lo sviluppo della tubercolosi, pare anzi che la influenzi benignamente.

R. LUSENA.

L'avvelenamento cronico da manganese.

(P. HILPERT. *Med. Woch.*, n. 15, 15 aprile 1933).

A questo avvelenamento vanno soggetti gli operai adibiti ad industrie nelle quali si utilizza il manganese (fabbriche di elementi per lampade tascabili, vetrerie, industrie chimiche, ecc.) e quelli che macinano il minerale.

In tali casi la polvere di minerale viene inalata oppure deglutita e, disciolta nei liquidi organici, penetra nelle vie sanguigne.

Devesi però subito rilevare che solamente un piccolo numero di operai mostra disposizione a subire l'avvelenamento, e non è ben chiaro se esistano cause predisponenti vere e proprie.

Risulta invece assodato che vi sono predisposti solo i soggetti che lavorano in ambienti nei quali il minerale si polverizza.

Il quadro morboso, secondo l'A., è caratteristico.

La malattia, infatti, che può manifestarsi in modo più o meno acuto, si inizia con senso di torpore, andatura incerta, propulsione o retro-

pulsione, diguisachè è frequente il cadere in terra. Appaiono poi tremori, simili a quelli della paralisi agitante e disturbi del sistema nervoso vegetativo (salivazione, iperidrosi, insonnia, ecc.) e delle funzioni sessuali (mancata erezione, eiaculatio praecox, ecc.). Non mancano i dolori lombari e le cefalee.

Si stabiliscono poi alterazioni più evidenti degli arti, la cui motilità normale è alterata per lo stato di rigidità e di incoordinazione sempre in aumento, cui si accompagnano disturbi della scrittura, della favella e della deglutizione.

In singoli casi, viceversa, si hanno di tanto in tanto improvvise diminuzioni di tono.

La facies diviene caratteristica, perchè assume una maschera stabile, rigida, per lo più con smorfia di riso. In altri casi sono evidenti anche le alterazioni psichiche, spesso in forma di euforia esagerata.

L'esame neurologico, infine, può far rilevare sintomi di lesione piramidale, dei nervi cranici e dei muscoli oculari. Gli organi interni, viceversa, non appaiono compromessi.

Il decorso è in genere progressivo e la prognosi infausta *quoad sanationem*, se non *quoad vitam*. I reperti anatomopatologici sono scarsi, e si fondono in gran parte sui lavori sperimentali.

Appaiono comunque colpiti molti centri cerebrali, e sopratutto il sistema extrapiramidale. Nella diagnosi differenziale vanno prese in considerazione la metaencefalite, la paralisi agitante, la sclerosi multipla, la malattia di Wilson, la pseudosclerosi e la distonia di torsione. In genere, il criterio diagnostico più importante è quello etiologico.

Per quel che, finalmente, riguarda la cura, ha la massima importanza, dal punto di vista sociale, quella profilattica, poichè, stabilitesi le lesioni qualsiasi risorsa terapeutica appare inefficace. M. FABERI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

G. LISI. *La tubercolosi ghiandolare nella seconda infanzia.* Ed. Latina, Napoli. L. 12.

Gli studi radiologi di questi ultimi anni hanno di molto chiarito ed ampliato le conoscenze che sino a qualche tempo fa si avevano sulla tubercolosi polmonare in genere e sulla tbc. glandulo-linfatica infantile in specie; sì che molte idee sono oggi cambiate a questo riguardo e fatti nuovi sono emersi alla luce delle ricerche cliniche. L'A., in questo suo volumetto, ha in breve spazio ordinatamente raccolto tutto ciò che sull'argomento si è detto e scritto in questi ultimi anni: la materia è saggiamente dosata nei vari capitoli, e sottoposta ad un vaglio di sana critica.

Nè l'A. si limita alla nuda esposizione dell'etiopatogenesi, sintomatologia e cura, ma dà anche uno sguardo alle questioni di valore in parte dottrinaria e in parte sociale che tengono oggi più che mai vivo il tormentoso problema della tubercolosi infantile.

Libro veramente utile per il pratico che abbia a cuore la sua cultura, necessario poi per chi allo studio delle malattie infantili si sia particolarmente dedicato. G. LA CAVA.

A. CASTELLI. *La frenico-exeresi*, vol. in-16°, di pagg. 211. Edit. Ist. Biol. Italiano. Milano, 1933.

Traendo lo spunto dalla notevole esperienza personale, che comprende 985 operati di frenico-exeresi in parte dal Radaelli, che presenta il lavoro, in parte da lui stesso, l'A. svolge ampiamente tutto quel che può riguardare questo intervento oggi largamente entrato nella pratica.

L'A., dopo aver trattato dell'anatomia e della fisiologia del diaframma e del nervo frenico, fa la storia dettagliata dell'intervento, ne descrive la tecnica operatoria e gli incidenti possibili, ne discute gli effetti immediati utili e dannosi, dedica un capitolo agli esiti lontani, si trattiene sulle modificazioni che l'operazione provoca sulla meccanica respiratoria, commenta le statistiche proprie e altrui, si sofferma sulle indicazioni e controindicazioni dell'intervento, sulla frenicotomia bilaterale e sulla frenico-exeresi associata ad altri interventi e da ultimo si occupa della frenico-exeresi nelle malattie non tubercolari del polmone (ascesso, bronchiettasie, empiema) e in malattie in cui eccezionalmente si può applicare (tetano, vomito incoercibile, singhiozzo invincibile, resezione esofagea, sinfisi pericardica, tic diaframmatico).

La monografia, che è corredata da un'amplissima bibliografia, sarà letta con profitto

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tanto dallo specialista quanto dal medico generico per l'abbondanza di notizie e l'accuratezza della discussione su ogni problema attinente all'argomento. R. Lusena.

M. Chiray et R. Stieffel. *Les constipations.* Vol. in-16° di pagg. 158. Masson & C., Paris, 1933. Fr. 20.

Non è possibile attualmente dare una descrizione generale della costipazione, perchè in realtà esistono delle costipazioni. Gli AA., infatti, non tenendo alcun conto delle varie classificazioni fin'ora proposte si limitano a distinguere le stipsi organiche da quelle funzionali, riservandosi di studiare analiticamente un certo numero di forme etiologiche delle prime.

Per quanto riguarda le stipsi funzionali, non si può parlare di forme etiologiche, perchè allo stato attuale delle nostre conoscenze spesso è impossibile riportarle alla loro vera causa. Nelle stipsi organiche invece, che si presentano incorporate nel quadro clinico di un'affezione determinata, il sintomo stipsi ha importanza considerevole per porre la diagnosi della malattia causale, perchè è il primo e spesso il solo segno clinico dell'affezione.

Gli AA. trattano dapprima alcune stipsi probabilmente organiche evolventi su un terreno speciale (stipsi delle malattie acute, stipsi dei vecchi, stipsi dei bambini), quindi passano in rassegna le stipsi sicuramente organiche (cancro, tubercolosi, sifilide o tumori infiammatori, appendicite cronica, sindrome dolorosa della fossa iliaca destra) descrivendone i sintomi generali, le loro forme etiologiche più frequentemente osservate, le cure adatte.

Circa la terapia conveniente per le turbe funzionali, seguendo la classificazione di Bensaude, gli AA. espongono il trattamento della stipsi pelvi-rettale, e quello della stipsi colica, facendo però distinzione fra la forma colica semplice e quella colica dolorosa. Nell'uso di medicamenti sintomatici, gli AA. però cercano sempre di orientarsi verso una terapia la meno empirica possibile.

A. Pozzi.

P. Oury e J. Mézard. *Traitement médical des ulcéres gastro-duodénaux.* Vol. in-8° di 54 pag. G. Doin, Paris 1933. Prezzo Fr. 15.

La monografia degli AA. che considera unicamente il punto di vista terapeutico arriva in buon punto per opporsi alle vedute esagerate di qualche autore secondo cui non esiste un trattamento medico delle ulcere gastro-duodenali, ma soltanto quello chirurgico, opinione troppo recisa che contrasta con quanto si osserva in pratica.

In un primo capitolo, gli AA. abbozzano uno schizzo sintomatico della malattia ulcerosa, che bisogna sapere scovare nelle sue forme fruste e poco nette. Il secondo considera la terapia propriamente detta, in tutti i suoi particolari e nei suoi capisaldi: riposo, regime e medicazione gastrica, specialmente col bismuto e la belladonna. In un terzo, sono riuniti i vari trattamenti biologici proposti negli ultimi anni (radioterapia, proteinoterapia, insulinoterapia, ecc.). *fil.*

M. Surace. *La sterilità della donna; cause e cura col mio metodo di fecondazione artificiale.* Vol. in-16° di 66 pag. Tip. Giammusso e Pompeo, Reggio Calabria, 1933. L. 6.

Il metodo di fecondazione artificiale dell'A. consiste nel preparare anzitutto la donna con la somministrazione di ormone ovarico. Introduce nell'utero 3-4 gocce di sperma del marito, con qualche goccia di soluzione di destrosio al 5 % e pratica poi 3 iniezioni, da 1 cmc. l'una, di siero di donna giovane e pluripara, gravida al 5° mese, a cominciare da un'ora dopo la fecondazione e per 3 giorni consecutivi. In una prossima pubblicazione esporrà i risultati ottenuti. *fil.*

J. Gautrelet. *Eléments de technique physiologique.* Vol. in-8° di pagg. 420 con 287 fig. Masson & C. Paris, 1933. Fr. 60.

È un'iniziazione alla tecnica fisiologica. Con stile conciso e illustrato abbondantemente, questo libro è destinato a rendere grandi servigi a chiunque voglia fare degli esperimenti sugli animali. L'A. descrive infatti le tecniche correnti sul cane, animale di scelta, sul coniglio, di grande utilità per gli organi isolati, sulle rane, che rappresentano un ottimo materiale di studio per l'eccitabilità neuromuscolare. Tutte le tecniche essenziali sono state dall'A. prese in esame: l'anestesia, la circolazione, la misura della pressione, la cardiografia, le anastomosi vascolari, ecc.; la respirazione, la misura degli scambi, la digestione, le ablazioni e le perfusioni d'organi; il sistema nervoso e muscolare, l'eccitazione dei nervi, la trapanazione, la misura della cronassia, ecc.

Sono poi descritte alcune tecniche classiche sul gatto, sul piccione, sulla tartaruga, sulla lumaca.

Tutte le tecniche sono accompagnate da disegni e schemi, originali in gran parte, destinati a facilitarle e da tracciati dimostrativi; dopo ogni tecnica sono anche indicate alcune applicazioni fisiologiche e l'azione farmacodinamica di alcune sostanze.

L'opera è preceduta da due capitoli d'introduzione, nei quali l'A. tratta delle modificazioni fisiologiche che imprime l'anestesia all'animale e delle reazioni funzionali marcate differenziando il cane ed il coniglio, affinchè l'esperimentatore non si serva indifferentemente dell'uno o dell'altro di questi animali. Una breve bibliografia poi all'inizio di ogni

capitolo, permette al lettore di consultare le relative opere o monografie recenti sulla fisiologia e sulla farmacodinamica.

In una parola, questo libro eminentemente pratico e documentario, rappresenta un manuale destinato a divenire classico e che non dovrà mai mancare sul tavolo di chiunque desideri praticare esperimenti fisiologici.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Convegno internazionale d'Immunologia.

(Roma, 25 settembre - 1° ottobre 1933-XI).

Il 3° Convegno della « Fondazione Volta », svoltosi nei grandiosi ambienti della R. Accademia d'Italia, ha compiuto un proficuo lavoro.

Discussioni alacri e disciplinate si sono avvicendate sui vari temi di relazione; studiosi di primo piano, quali KOLLE, ABDERHALDEN, LANDSTEINER, MADSEN, RAMON, KAHN, ecc. hanno recato il suggello della loro rinomanza alla trattazione dei temi.

Il presidente generale del Convegno, S. E. DANTE DE BLASI, ne curò, con assiduità personale, l'organizzazione scientifica.

Nel complesso, il programma di lavoro era stato scelto con avvedutezza e problemi di attualità per la pratica (sierodiagnosi, anatossivaccinazione, ecc.) si sono alternati con le questioni dottrinali più controverse e appassionanti (immunità chemiospecifica, teorie sull'anafilassi, ecc.). La trattazione di questi problemi non solo è valsa ad aggiornare lo stato delle nostre conoscenze sui rispettivi argomenti, ma ha posto pure in evidenza alcuni indirizzi che dovranno essere impressi ad ulteriori e correlative ricerche.

Diamo un breve riassunto dei lavori che, sotto una veste dottrinaria, hanno una vasta portata nel campo pratico e pertanto interessano i lettori di questo periodico.

La sierolisina β e l'immunità antibatterica.

A. PETTERSSON (Groninga) ha riferito su di una particolare sostanza contenuta negli umori dell'organismo, la « *sierolisina β* », dotata di azione battericida analogamente all'alessina Buchner, ma differenziantesi da quest'ultima per una maggior resistenza verso quelle influenze che tendono ad ostacolare l'azione battericida del siero. Alcune specie di microrganismi vengono influenzate dalla sierolisina β e non provocano, durante il processo d'immunizzazione, alcuna formazione d'immunocorpi batteriolitici. Se nell'animale immunizzato si constata un aumento del potere battericida, ciò deve attribuirsi ad altre influenze germicide, p. es. ai leucociti. Contro alcuni determinati agenti infettivi l'organismo animale non può essere stimolato, mediante un procedimento d'immunizzazione, all'aumento della propria capacità battericida specifica. L'O., nelle sue indagini sui batteri che subiscono l'influenza della sierolisina β, sarebbe stato indotto a concludere che nei processi morbosi da essi provocati si possa favorire il processo di guarigione promuovendo particolarmente una notevole mobilizzazione leucocitaria verso il focolaio d'infezione. A tale scopo si potrebbero sperimentare, contro l'antrace e le infezioni stafilococciche locali, le radiazioni rosse, oppure indurre un'immunizzazione mediante stafilococchi uccisi. Mancherebbe invece di fondamento scientifico, secondo l'O., un'immunizzazione con bacilli, onde ottenere immunosieri efficaci, quando si tratti del B. di Welch-Fraenkel, del *B. parasarcophysematos*, del *B. novyi*, del B. difterico. Tale procedimento d'immunizzazione potrebbe tuttavia impiegarsi nel caso del *B. histolyticus* per ottenere un immunsiero stimolatore dei fagociti. Nel caso del *B. abortus* (epizootico), un'immunizzazione con bacilli vivi e virulenti non sarebbe consigliabile in quanto l'organismo non verrebbe protetto e non si promuoverebbe, invece, che la diffusione dell'infezione.

Specificità immuno-chimica.

K. LANDSTEINER (Vienna) tenta, nella sua relazione dettagliata e precisa, l'interpretazione teorica del fenomeno di specificità sierologica. Si diffonde sugli antigeni complessi (sintetici) ottenuti mediante combinazioni dell'albumina con sostanze a più basso peso molecolare (particolarmente con diazocorpi). In tal guisa possono utilizzarsi le combinazioni aromatiche monoaminiche ed, in molti casi, anche composti della serie alifatica. Gli immunsieri ottenuti con simili antigeni entrano in reazione con le sostanze costituenti questi ultimi e precisamente coi composti chimici a struttura semplice. L'O. pone in evidenza, tra altro, i risultati ch'egli ha ottenuto sulla specificità stereochimica e sul problema della reazione d'affinità di gruppo. Richiama l'attenzione sulla questione non ancora risolta della specificità delle proteine e descrive nuove ricerche proprie, condotte a tal riguardo sulle albumose e sui peptidi. Distingue gli antigeni complessi naturali dagli antigeni proteici semplici, sia sotto il rispetto sierologico che nel riguardo chimico. Comunica infine i risultati di sue ricerche chimiche sugli apteni animali e sull'immunizzazione mediante sterine e lecitine ed accenna al nuovo procedimento, pure d'immunizzazione con apteni, giovandosi d'adsorbenti.

Vari argomenti della relazione LANDSTEINER li troveremo poi discussi sotto il punto di vista delle applicazioni pratiche sierodiagnostiche nella relazione SACHS.

La teoria dell'anafilassi nelle scienze medico-biologiche.

R. DOERR compie una disamina critica delle interpretazioni sul meccanismo delle manifestazioni anafilattiche. S'indugia particolarmente sulla teoria istaminica, riguardo a cui le prove che emergerebbero dalle esperienze effettuate sull'utero isolato di cavia, non potrebbero considerarsi esaurienti. L'analogia che si è voluto addurre fra reazione istaminica e reazione anafilattica non ha efficace valore, esistendo differenze sostanziali fra le due reazioni stesse. Ad ogni modo la teoria istaminica illuminerebbe solo un ristretto settore dei fenomeni anafilattici ed anafilattoidi; in ogni caso poi essa non offrirebbe che un'interpretazione insufficiente.

La liberazione d'istamina o di sostanze istamino-simili, come ammette il Dale, nelle fibre muscolari liscie uterine della cavia, o nelle adiacenze delle fibre stesse, è molto discutibile, ma quand'anche dovesse ammettersi, costituirebbe

solo uno dei fattori d'un fenomeno patologico complesso, che erroneamente si è cercato di attribuire ad un unico meccanismo funzionale. Forse con la « teoria della membrana » formulata dallo stesso O. (permeabilità della membrana cellulare, indotta dalla reazione antigeno-anticorpo), si potrebbero meglio interpretare gli effetti citotossici provocati dall'agente scatenante, non come dovuti ad azione tossica diretta, ma quale conseguenza indiretta di modificazioni fisiche cellulari.

L'O. accenna a sue esperienze sull'eredità anafilattica, le quali lo hanno condotto ad ammettere anche una forma latente di anticorpi.

La scoperta dell'anafilassia passiva, la trasmissione passiva degli stati idiosincrasici, la reversibilità delle stesse esperienze di anafilassia passiva dimostrano frattanto che, a base delle lesioni tissulari, non esiste una capacità reattiva cellulare accresciuta o comunque patologicamente alterata, ma solamente una sensibilità normale verso reazioni d'anticorpo.

Reazioni tissulari negli stati immunitari.

R. L. KAHN (Università di Michigan), espone un metodo personale per la determinazione quantitativa della sensibilità cutanea in conigli sensibilizzati; essa gli permette di valutare i vari gradi di reazione della cute in rapporto a processi di desensibilizzazione.

L'allergia nelle infezioni.

A. ZIRONI (Milano) indaga i « fenomeni allergici nelle malattie d'infezione ». Si diffonde con erudizione critica sulla ipersensibilità alle tossine sotto il rispetto della patogenesi delle tossi-infezioni e dal punto di vista della difesa dell'organismo verso queste ultime. Rileva come l'allergia alle tossine possa essere o locale, cioè ristretta al tessuto ove i germi proliferano, o generale, largamente estesa all'organismo. L'O. si sofferma sull'immunità antitetanica susseguente ad immunizzazione e cerca d'interpretare il fatto che la tetanotossina, a un dato grado d'immunità, venga tollerata senz'alcun fenomeno morboso se iniettata sottocute, mentre determina il tetano se posta a contatto dei centri nervosi. Egli concluderebbe che: l'aumento di avidità alle tossine, se si esplica in cellule mobili, sensibili all'azione del gruppo tossoforo, aumenta i fenomeni morbosi e predispone alla malattia, mentre se si verifica in cellule funzionalmente meno mobili o poco o nulla sensibili a un gruppo tossoforo, esplica azione difensiva, in quanto può maggiormente deviare la tossina dalle cellule sensibili.

L'O., diffondendosi in seguito sull'allergia tubercolinica, ne mostra i caratteri differenziali rispetto all'anafilassi. Ed indagando poi il meccanismo curativo nelle infezioni allergiche, ritiene probabile che in molti casi la guarigione sia legata ad un processo di desensibilizzazione e che dati metodi terapeutici possano agire o prevalentemente o solo in quanto desensibilizzano.

Copiose nozioni espone l'O. sulla « iperrecettività specifica alle infezioni » e notevole riesce al riguardo la sua conclusione, secondo cui « la localizzazione in parte accidentale di microrganismi a potere patogeno generale fa insorgere una disposizione nella sede di localizzazione, e, se si tratta di organi pari, anche in quello controlaterale ».

Il batteriofago e le sue applicazioni.

F. D'HERELLE (Montréal), ben noto per i suoi classici studi sulla batteriofagia, espone in ampia e retrospettiva relazione quanto sino ad ora è emerso dalle ricerche sue numerose e da quelle di altri indagatori, sulla natura e sulle applicazioni terapeutiche del batteriofago. L'O. sostiene la natura corpuscolare di quest'ultimo, che agirebbe sui batteri in guisa da dissolverli, coll'intervento di fermenti litici da esso segregati.

Esamina singolarmente le azioni e reazioni fra batterio e batteriofago corrispettivo (distruzione del batterio per batteriofagia; modificazione eventuale del batterio in rapporto alla sua virulenza, alla sua capacità agglutinante, alla sua sensibilità verso l'alessina; distruzione del batterio per fagocitosi provocata dall'azione opsonica dei fermenti litici segregati dal batteriofago).

Ogni uomo, ogni animale ospita nel proprio intestino, dalla nascita alla morte, un batteriofago che vive in simbiosi col *B. coli*. Non possiede attività specifica; ma una data razza di batteriofago può esser atta ad attaccare contemporaneamente diverse specie batteriche. Può anche adattarsi al parassitismo, nei confronti di specie batteriche verso cui sia stato antecedentemente inerte. È dotato di virulenza variabile. Se il bf. è ipervirulento, il microbio soccombe; se il bf. ha minor virulenza, il microbio può resistere ed acquistare immunità nei suoi confronti. In quest'ultimo caso il batteriofago viene distrutto o si adatta ad una simbiosi batterio-batteriofaga.

La guarigione delle malattie infettive (per lo meno nelle forme a decorso acuto) non risulterebbe da un processo immunitario, ma sarebbe conseguenza dell'azione batteriofagica. La prima fase del processo di guarigione consisterebbe in una esaltazione della virulenza del batteriofago intestinale normale, rispetto al *coli* suo commensale, e questa virulenza si estenderebbe poi contro il batterio patogeno.

Il batteriofago, causa di guarigione, può avere anche altra provenienza. In ambiente epidemico ogni convalescente, colle deiezioni, elimina il proprio batteriofago; ne deriva il fatto strano che la guarigione risulta contagiosa similmente e per le stesse vie della malattia causale.

L'O. si sofferma sulla preparazione di batteriofagi terapeutici e sulle modalità d'impiego nella prassi.

Fenomeni fisico-chimici dell'immunità.

P. LECOMTE DU NOÜY (Istituto Pasteur di Parigi) richiama l'attenzione su due fenomeni fisico-chimici puri, misurabili, caratterizzanti l'immunità. Uno di questi fenomeni: *la diminuzione del valore assoluto della tensione superficiale statica di soluzioni di siero* nell'animale immunizzato o sensibilizzato, è non specifica e quindi da ricondursi alla capacità dell'antigeno. L'altro fenomeno invece: *l'aumento assoluto della viscosità del siero puro in seguito ad aggiunta d'antigeno*, è essenzialmente specifico.

Tali manifestazioni possono essere entrambe interpretate nel modo seguente: in seguito ad iniezione d'antigene avviene una reazione, che

esige la presenza di cellule viventi. *In vitro* non si ottiene nulla di simile. A causa della reazione, l'identità chimico-strutturale delle proteine seriche viene modificata sino ad intaccare gli aggruppamenti chimico-molecolari che condizionano la tensione superficiale delle soluzioni di queste proteine. Simile reazione è lenta; s'inizia 7-8 giorni dopo l'inoculazione e raggiunge il massimo al 14° giorno circa. In seguito si produce una seconda modificazione, che annulla l'azione fisico-chimica sulla tensione superficiale, nel termine di 28-30 giorni. Ma dal punto di vista biologico l'organismo conserva il « ricordo » della reazione sotto forma d'immunità.

Per quanto il siero abbia ripreso in apparenza il suo aspetto ed il suo comportamento normali, conserva un'impronta della reazione e quando esso si trova in presenza dell'antigene che ha determinato questa reazione, si producono modificazioni profonde nel siero stesso, che conducono ai fenomeni noti di precipitazione, flocculazione. ecc. Questi fenomeni si accompagnano con uno sconvolgimento momentaneo dell'equilibrio fisico-chimico del siero, che si manifesta con aumento considerevole, ma effimero, della viscosità.

Le anatossine e loro applicazioni.

G. RAMON (Parigi) fa un'ampia relazione espositiva su questo argomento. L'eminente scienziato francese mette in evidenza particolarmente i vantaggi dell'anatossina difterica: innocuità, valore antigene intrinseco, attività immunizzante, irreversibilità, stabilità. Con una rassegna sintetica dei risultati che si sono ottenuti e vanno ottenendosi coll'anatossivaccinazione difterica, pone in rilievo il progresso ch'egli ha realizzato coi suoi collaboratori, utilizzando una tecnica comportante solo due iniezioni di 1 e 2 cmc. d'una anatossina titolata a 20 unità antigene per cmc., vale a dire impiegando complessivamente 60 unità. L'intervallo fra le due iniezioni è di 3 settimane. Alla prova di Schick riescirebbe immunizzato quasi il 100 % dei vaccinati.

È presa poi in considerazione dall'O. l'utilizzazione dell'anatossina tetanica, ed il metodo delle « vaccinazioni associate ».

Notevole il rilievo fatto dal prof. CENTANNI nella discussione alla relazione RAMON, che il formolo, agendo sulle basi organiche delle colture batteriche, è capace di far comparire o rialzare il potere tossico di queste ultime. Il prof. NERI comunica sulla possibilità dell'immunizzazione antidifterica umana con due iniezioni di anatossina ad alto titolo e che egli ottiene coll'ultrafiltrazione.

Applicazioni diagnostiche dei fenomeni immunitari.

H. SACHS (Heidelberg), in una relazione densa di nozioni e di dati critico-pratici, riassume ampiamente quanto debba oggi ammettersi teoricamente e seguirsi nella pratica, per quel che concerne i vari procedimenti di sierodiagnosi in uso.

L'O. si diffonde dapprima su quei procedimenti in cui vengono impiegati sieri in concentrazione relativamente elevata (preparati ed estratti bacillari, estratti di organi) ed esamina le reazioni non specifiche o pseudoreazioni che, indipendentemente dalla formazione di anticorpi, si possono verificare nel corso di processi infettivi, infiammatori, di tumori, nella gravidanza, ecc., e che riflettono una accresciuta colloidolabilità del sangue.

Onde premunirsi il più possibile contro queste psendoreazioni che mascherano il vero valore della reazione specifica, occorre ottenere ed impiegare antigeni ad uno stato puro. Sotto questo aspetto si sono fatti in questi ultimi tempi notevoli progressi, tuttavia ci si potrebbe chiedere, se coll'aumento del grado di purezza dell'antigeno non si turbi la sensibilità e la portata della reazione diagnostica.

L'O. accenna agli antigeni chemiospecifici, studiati dal Landsteiner, i cui componenti chimici rappresenterebbero, in un certo senso, i componenti specifici dell'antigeno stesso, nella loro forma biologica pura. A tali componenti ravvicina le soluzioni in fine dispersione di estratto alcoolico d'antigene. Designa tali derivati antigeni, con potere di fissazione specifica, come « semiapteni » e rappresenterebbero il primo stadio dell'antigene, cui seguirebbe, per modificazione colloidale, lo stadio di « aptene » che indurrebbe reazioni di anticorpo visibili, senza tuttavia promuovere la formazione di anticorpi nell'organismo vivente.

Per gli scopi sierodiagnostici è abbastanza nota l'opportunità di aggiungere agli estratti d'organi, dei colloidi idrofobi, p. es. colesterina, oppure balsami o resine. Corrispondentemente viene però nell'aptene, in simil guisa, aumentata o qualitativamente mutata la massa del materiale non specifico.

L'O. viene indi a trattare dell'influenza del calore sul siero da analizzare, influenza da non trascurarsi. Il riscaldamento consuetudinario a 55° che induce alla inattivazione, o come l'O. stesso propone di designare, la stabilizzazione del siero, apporta una diminuzione della colloidolabilità. In vari casi è opportuno procedere alla fissazione del complemento in condizioni di bassa temperatura.

L'O. espone quindi una sua « reazione di accertamento » (*Bestätigunsreaktion*), della specificità o non specificità di una data reazione già ottenuta. Tale procedimento si basa sulla nota possibilità di ricuperare gli anticorpi dalle loro combinazioni coll'antigene.

Sono poi discusse le reazioni « non caratteristiche » dovute al fatto che, pur trattandosi in esse di reazioni d'anticorpo, un dato tipo di formazione d'anticorpo non è strettamente esclusivo ad una singola ed unica infezione, ed è parimenti discussa, nei suoi vantaggi e nei suoi pericoli, l'aggiunta di lecitina per l'attivazione della funzione dell'antigeno.

Nella fine della sua dotta relazione, l'O. accenna largamente ai metodi sierodiagnostici nelle affezioni cancerose, sorti in seguito alla dimostrazione dell'esistenza di antigeni specifici negli umori dei malati di cancro. Rende poi noto di alcune sue ricerche sierologiche in casi di sclerosi multipla.

La fase negativa.

TH. MADSEN, direttore dell'Istituto Sierologico Governativo di Copenaghen, si occupa di una questione alquanto controversa, e che ha indotto al-

cuni ad avversare le vaccinazioni durante il periodo epidemico ed in ambiente contagiato. È la questione dell'aumento della sensibilità individuale verso una data infezione, in seguito a vaccinazione rispettiva. La maggior parte tuttavia dei competenti non annette molta importanza a questa « fase negativa ». Il rapporto della « Commissione Permanente di Standardizzazione » pone in evidenza l'infondatezza dei timori, che si erano particolarmente suscitati a proposito della vaccinazione antidifterica in corso d'epidemia.

L'O. indagava fin dal 1902 sperimentalmente il problema della fluttuazione ondulante degli anticorpi in seguito ad una sola iniezione sottocutanea d'antigeno, riuscendo a stabilire tre fasi: 1ª fase, detta *negativa*, constatandosi sovente una caduta della concentrazione di anticorpi nei 2-3 giorni susseguenti all'iniezione; 2ª fase in cui insorge un aumento notevole di antitossina sino ad un massimo; 3ª fase in cui il titolo antitossico cade, fortemente dapprima, indi sempre meno rapidamente.

Secondo l'O., l'aumento rapido della concentrazione antitossinica dopo la fase negativa, potrebbe venir ascritta a 3 cause: 1) ad una nuova formazione di antitossina negli organi produttori d'anticorpi, provocata dall'azione dell'antigeno iniettato sulle cellule che specificamente producono l'antitossina medesima; 2) un distacco di antitossina già preformata, derivante da depositi antitossinici eventualmente esistenti nell'organismo; 3) una dissociazione parziale intravasale, del complesso antigeno-antitossina formatosi in primo tempo.

Nella discussione alla relazione MADSEN, vari oratori: RAMON, CARONIA, KOLLE, ecc. sostengono la veduta che non debba attribuirsi importanza pratica alla fase negativa. Per quanto riguarda la tubercolosi, ASCOLI A. pone in rilievo come la fase negativa sia subordinata alla via d'introduzione del prodotto vaccinante.

Il prof. S. BELFANTI (Milano), in una erudita e chiara relazione, ha intrattenuto il Convegno sui « sieri antiofidici ». Questi, con qualunque veleno siano ottenuti (di vipera, cobra, crotalo, ecc.), solo in apparenza costituiscono un antigeno unico, poichè essi in realtà sono dei polisieri; il loro antigeno è multiplo, corrispondentemente al complesso degli enzimi più o meno tossici (amilasi, proteasi, lecitasi, chimosina, coagulasi, ecc.), a seconda dell'azione disintegratrice che esplicano e della natura delle sostanze che vengono disintegrate. Si tratta d'un insieme d'enzimi, di cui alcuni a funzione digestiva, altri ad azione eminentemente tossica (emocoagulazione, proteolisi, emolisi), però la loro natura non fu ancora sufficientemente approfondita nei rispetti della funzione nell'avvelenamento. L'azione velenosa del morso dei serpenti sarebbe legata non ai citati fermenti, ma a due tossici principali: l'*emorragina* e la *neurotossina*. Da questi dipenderebbe lo svolgersi della sintomatologia per azione locale (edemi, emorragia, necrosi, escara), azione citolitica (emolisi, leucolisi), azione coagulante o anticoagulante sul sangue, azione tossica (paralisi).

L'O. cerca di elucidare la questione se l'emotossina e la neurotossina rappresentino un unico veleno o due veleni distinti. Non crede vi siano ragioni per rigettare la concezione di una possibile unicità del veleno, tanto più che da vari studiosi fu riscontrato un certo parallelismo fra l'azione neurotossica e quella emolitica. Secondo recenti ricerche, la emotossina sarebbe legata unicamente all'azione della *lecitasi*. Questo fermento è contenuto abbondantemente nel secreto ghiandolare di tutte le serpi velenose, manca in quelle innocue, è scarsissimo in quelle poco velenose. Per Cuboni esisterebbe parallelismo fra contenuto lecitasico delle ghiandole e tossicità del secreto.

L'O., attraverso acuta indagine critica della questione, e soffermandosi in particolare sulla *lisocitina* (derivato della *lecitina* in seguito a spostamento di uno dei due acidi grassi di quest'ultima, per azione della lecitasi), ritiene che non si possa allo stato attuale delle cognizioni, far risalire alla lecitasi sola tutti i fenomeni emolitici e neurotossici dei veleni in oggetto. Non si conosce, infatti, la somma dei valori tossici degli altri enzimi concomitanti nell'accrescere o diminuire il valore tossico della lecitasi, nell'accelerare o meno la sua fissazione sui centri nervosi. Non bisogna dimenticare che il complesso denominato veleno è un insieme di anzimi, la cui azione sull'organismo può essere attribuita ad una parte tossica, fosfatidasica o meglio lecitasica, proteasica e trombinica.

Le condizioni ambientali dei tessuti, degli umori, del plasma hanno grande importanza nel provocare l'uno o l'altro dei vari tipi di scissione enzimatica. La questione avrebbe anche importanza pratica poichè, secondo le circostanze, l'azione di un siero antiofidico può esercitarsi su proprietà differenti del veleno, e volendo giudicare dell'efficacia terapeutica di questo siero, occorre tener conto che lo « svelenamento costituisce la somma di neutralizzazioni di più veleni parziali ».

I sieri antiofidici sono plurivalenti dal punto di vista antienzimatico ed in essi esiste parallelismo tra funzioni antienzimatiche e potere antitossico. Tale fatto può venir utilizzato per la titolazione di quest'ultimo.

Degna di rilievo è l'ampia paraspecificità dei sieri antizootosici, e la quale è ancor maggiore di quella dei sieri antifitotossici.

L'immunità nelle infezioni protozoarie.

C. SCHILLING (Monaco di Baviera) si occupa d'un argomento cui sono oggi rivolte le attività febbrili d'eminenti ricercatori, per l'enorme interesse pratico che emergerebbe dalla sua interpretazione razionale. Gli sforzi per arrivare ad una *sterilisatio magna* nelle infezioni protozoarie vengono spesso, com'è noto, frustrati in seguito all'adattamento dei protozoi al medicamento somministrato e che rende i parassiti chemioresistenti. L'O. affronta nella sua relazione: « L'immunità nelle infezioni protozoarie » vari punti del problema, specialmente in merito all'infezione malarica.

La dimostrazione dell'esistenza di una immunità acquisita antimalarica è scaturita dalle indagini sulla malarioterapia nella paralisi progressiva. Una pregressa infezione malarica rende l'organismo resistente di fronte ad una rinnovata inoculazione di schizonti o di sporozoiti della stessa specie. Un'immunità antimalarica verso un

dato tipo di plasmodidio non protegge verso gli altri due tipi.

Molti punti oscuri attendono la delucidazione riguardo all'intimo meccanismo con cui insorgerebbe e si manterrebbe simile immunità; mentre da lungo tempo sono ben conosciute le tossine dei *Tripanosomi* e dei *Sarcosporidi*, le tossine così potenti della malaria sfuggono ancora alla ricerca sperimentale.

Le ricerche di James, van Assendelft, Neumann, Schilling, ecc. gettano in argomento qualche buona luce, ma una via lunga di ricerche è ancora aperta agli studiosi. Neumann, a Roma (Stazione Sperimentale per la lotta antimalarica) e a Berlino ha potuto dimostrare, per la prima volta, la comparsa di anticorpi parassiticidi, capaci, nell'intervallo fra gli accessi, di distruggere appunto i parassiti esistenti in circolo; inoltre, un siero contenente gli anticorpi verso gli schizonti è inattivo verso gli sporozoiti che si rinvengono poi nelle ghiandole salivari delle zanzare.

Secondo l'O., anche la malaria appartiene a quel gruppo di malattie, per le quali il decorso ritmico e l'alterna reciproca azione fra antigeni prodotti dai parassiti e anticorpi preparati dall'organismo ospite sono già sperimentalmente dimostrati.

La dimostrazione dell'esistenza precisa di anticorpi durante la fase acuta dell'accesso malarico ha offerto una base alla concezione che il chinino non agisca direttamente sui parassiti, ma indirettamente, mobilizzando le difese organiche, cioè provocando la formazione appunto di anticorpi.

L'O. pone in rilievo come solo per le infezioni da plasmodi e tripanosomi si sia giunti a dimostrare l'importanza di anticorpi nel meccanismo d'insorgenza dell'immunità nelle malattie protozoarie; per le piroplasmosi, leismaniosi, amebiasi ed altre non si ha ancora alcun dato probativo al riguardo, ed in proposito occorre tener presente un altro fattore, dato dall'« infezione latente duratura ». Per alcune di queste infezioni, si può certamente sostenere che senza infezione latente non esiste immunità, e che l'immunità scompare quando l'infezione cessa (« premunizione » dei Sergent, « immunità da infezione » del Kolle).

Alla fine della sua lucida relazione, l'O. affronta il lato epidemiologico del problema immunitario che lo occupa. Si sofferma in proposito specialmente sull'importanza della malaria infantile e sull'esistenza di varianti locali del processo malarico, le quali possono spiegare le differenti *facies* epidemiologiche che tale processo assume a seconda delle regioni. Ritiene sufficiente la concezione dell'immunità basata sulla infezione labile, cioè sul processo della premunizione, quale fondamento d'un'idea unitaria del meccanismo d'immunizzazione in quasi tutte le malattie da protozoi, compresa la malaria.

Come si può facilmente intuire, tale concezione condurrebbe ad un risultato di enorme importanza pratica, cioè si dovrebbero frenare, durante l'infanzia, gli accessi malarici tanto che non danneggino lo sviluppo e le condizioni generali dei bambini, ma che permettino all'infezione in atto di raggiungere nel corso del tempo, lo stadio dell'infezione labile.

Il prof. MARCHIAFAVA, con elocuzione precisa, che lascia tutti gli ascoltatori compresi di ammirazione per la veneranda figura del sommo clinico di Roma, interloquisce nella discussione alla relazione SCHILLING, ponendo in luce, con copia di argomenti epidemiologici e clinici, l'insorgenza di stati immunitari, congeniti ed acquisiti, nell'infezione malarica. Accenna pure al significato che si dovrebbe attribuire alla fagocitosi nei processi malarici, durante e dopo gli accessi, nella guarigione spontanea delle febbri e nella guarigione prodotta per azione della chinina.

D. DE BLASI rievoca le sue personali ricerche sulle cause dell'anemia malarica, e precisamente sulle emolisine di origine parassitaria, distinguendole dalle emolisine cui egli dette il nome di « secondarie », le quali non procedono dai parassiti, ma vengono elaborate dall'organismo e non sono quindi specifiche.

Immunità nelle spirochetosi.

L'ultima relazione letta nel Convegno è quella di W. KOLLE, di Francoforte, il quale espone una somma considerevole di dati e nozioni sulla « Immunità nelle spirochetosi e particolarmente nella sifilide ». Da esperienze di laboratorio, personali e di altri AA., e da considerazioni cliniche l'O. si sente autorizzato ad affermare come nella sifilide umana non si abbia alcuna prova di una immunità attiva genuina. La sifilide si comporterebbe analogamente alla tubercolosi, vale a dire come un processo nosologico in cui non si può ammettere che un'immunità da infezione.

Per quanto concerne l'interpretazione di questo fenomeno vi è ancora largo campo aperto alle fatiche degli studiosi; tuttavia è duopo ammettere che in quest'ultimo trentennio la ricerca ha approdato a risultati notevoli.

Per la terapia e la profilassi della sifilide, anche lo studio sperimentale dell'immunità e della resistenza organica specifiche, apporta un contributo di notevole importanza pratica, come emerge dalla brillante esposizione dell'O. In seguito a numerose serie di indagini sulla sifilide sperimentale del coniglio, l'O. ha tratto la convinzione che in questo animale si sviluppa solo un'immunità antisifilitica apparente, vale a dire una resistenza organica che impedisce la manifestazione visibile dell'ulcera sifilitica in seguito a reinfezione, ma non ostacola l'entrata e l'installazione delle spirochete nell'organismo già sifilitico; si avrebbe quindi solamente un'immunità antiulcera.

L'O. pone in rilievo come i benefici apportati dalle cure salvarsaniche siansi ottenuti in seguito ai risultati delle esperienze di laboratorio.

* * *

Quasi tutte le relazioni sono state argomento di discussioni: per ragioni di spazio ci siamo limitati ad accennare solo ad alcune di queste, in quanto ci sono sembrate di speciale interesse.

Il Convegno è stato preceduto da una solenne cerimonia inaugurale, di cui in questo periodico venne già data la cronaca; si è sciolto dopo una visita alla Mostra della Rivoluzione ed all'Agro Pontino, il quale documenta le grandiose realizzazioni che il Governo Nazionale va attuando nel campo delle bonifiche.

G. TEGONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Reazioni della cute umana a sieri eterogenei.

Diversi AA. hanno osservato occasionalmente, in seguito ad iniezioni intradermiche di siero eterogeneo in individui sensibili, delle reazioni cutanee ritardate e ripetentisi fino a sei volte a parecchie ore ed a qualche giorno di distanza dalla iniezione. La sensibilità cutanea necessaria si può ottenere anche con una iniezione intradermica del siero, precedente di qualche settimana la iniezione di prova.

D. Harley in *The Lancet* (aprile 1933) riferisce i risultati di numerose prove da lui eseguite con siero di cavallo, di coniglio, di cavia, di montone, di bue e di maiale. Egli ha ottenuto reazioni immediate e reazioni ritardate con tutti i sieri meno che col bovino. Specialmente intense furono quelle eseguite con siero di cavallo.

L'A. conclude che l'uso di siero terapeutico di cavallo nei soggetti allergici e in quelli che hanno manifestato reazioni forti ad una previa iniezione non sembra il più adatto. Piuttosto, anche sui dati di Kraus, che usando siero bovino ha notato pochissime reazioni gravi, si deve concludere che l'uso di tale siero può diminuire la frequenza degli incidenti.

E. CARLINFANTI.

Allergia da tabacco.

È opinione corrente che la nicotina sia fattore patogenetico dominante nei disturbi da nicotina: secondo alcuni recenti studi parrebbe invece che molti dei sintomi comunemente attribuiti a tale agente siano invece in realtà reazioni allergiche croniche verso proteine del tabacco o verso proteine batteriche sviluppatesi durante il processo di fermentazione.

Sulzberger ha pubblicato alcuni dati (*Bull. New York Acad. Med.*, maggio 1933) che se da una parte non provano che la nicotina sia assolutamente innocua, dall'altra richiamano l'attenzione verso una possibilità che è stata finora poco tenuta in considerazione nella ricerca farmacologica e tossicologica.

Le conclusioni di Sulzberger sono tratte da uno studio comparativo sulla reattività della cute verso vari prodotti del tabacco. Delle prove fatte sulla cute di 85 non fumatori sani dimostrarono nel 16 % una reattività all'estratto di tabacco acquisita o ereditaria. Prove analoghe fatte su 95 fumatori sani misero in evidenza nel 36 % la stessa sensibilità cutanea.

Lo studio di 73 pazienti affetti da malattie cardio-vascolari (fumatori e non fumatori) rivelò nel 22 % una sensibilità cutanea verso il tabacco. La stessa prova praticata su 13 paz. affetti da tromboangioite obliterante mostrò che il 77 % era ipersensibile verso il tabacco mentre il 15 % reagiva verso altri antigeni.

Allo scopo di stabilire a quale sostanza fosse da attribuire tale azione furono fatte delle prove comparative con estratto di tabacco totale, con estratto acquoso di tabacco denicotinizzato e con soluzione di solfato di nicotina.

Furono esaminati così 24 pazienti, e soltanto in uno di questi la nicotina diede la reazione cutanea: questa si ebbe in 21 casi con l'estratto di tabacco denicotinizzato. La conclusione a cui giunge Sulzberger è che molti casi di tromboangioite obliterante sono in qualche modo in rapporto non ad un effetto della nicotina bensì ad una ipersensibilità verso uno o più costituenti del tabacco differenti dalla nicotina.

G. LA CAVA.

Cura della febbre da fieno colla desensibilizzazione e con acido.

Harry Beckmann (*The Lancet*, 10 giugno 1933) confronta il metodo della desensibilizzazione con quello della somministrazione dell'acido nitroidroclorico nella cura della febbre da fieno.

Dallo studio di 2185 casi dedotti dalla letteratura risulta che la desensibilizzazione ha dato guarigione nel 19,3 % dei casi, notevole miglioramento nel 51,2 %, non risultati o scarsissimi nel 12,6 %. Su 518 casi curati coll'acido nitroidroclorico si ebbe guarigione nel 36 % dei casi, miglioramento notevole nel 33 %, nessun miglioramento nel 31 %.

L'acido nitroidroclorico si prescrive a parti uguali con acqua e se ne fa prendere un cucchiaino in due dita d'acqua dopo ogni pasto e possibilmente anche verso mezzanotte.

R. LUSENA.

L'uso terapeutico del bromocalcio-calorosio.

Il bromocalcio-calorosio è una soluzione al 5:100 di bromuro di calcio in 40:100 di calorosio, idrato di carbonio composto a parti eguali di destrosio e levulosio.

Dalle ricerche di E. Leschke (*Münch. Med. Woch.*, n. 20, 15 maggio 1933) risulta che l'azione del farmaco così composto si svolge diminuendo l'eccitabilità del parasimpatico ed aumentando quella del simpatico, esplicando attività antiflogistica e disidratante, e stimolando in pari tempo l'attività cardiaca e i processi di ossidazione.

Il suo uso è quindi indicato negli stati morbosi allergici, anafilattici e parasimpaticotonici, quali l'urticaria, il prurito cutaneo, la rinite vasomotoria, l'edema di Quincke, la colite mucosa e mucomembranacea, l'edema dei polmoni e della glottide, l'avvelenamento da cloro e fosforo, le coliche saturnine, le dermatiti pruriginose ed essudative, quali l'intertrigine e il prurito, nonchè nel trattamento strofantinico e nella pratica dello pneumotorace.

Poichè infine è capace di svolgere anche azione antiemorragica, le indicazioni si estendono alle emorragie dei polmoni e dello stomaco e nelle metrorragie.

Il farmaco va introdotto per via endovenosa, in dosi di 10-20 cmc. alla volta.

M. FABERI.

La psicoterapia degli stati allergici.

W. Brauns (*Medizinische Welt*, 22 aprile 1933) osserva che nell'allergia, accanto al fattore esogeno, l'allergene, vi è un fattore endogeno, la personalità del malato, con la sua disposizione e le sue condizioni speciali. Gli allergici sono da ascriversi agli stigmatizzati del sistema vegetativo (stigmatizzati allergici). La terapia, pertanto, non si deve accontentare di allontanare il sintoma, ma deve tentare con un lavoro di rieducazione (meglio di tutto sotto forma di ipnosi) di liberare il paziente dalle sue sofferenze abbassando le onde della sua affettività e reattività.

L'A. riporta 12 casi, per lo più di febbre da fieno, ma anche di asma da gatto od altro, inutilmente trattati prima con altri metodi; in essi la ipnosi ha portato la guarigione, che si mantiene da 2-4 anni senza recidive. La provocazione del sonno ipnotico è resa facile dalla vagotonia dell'allergico. *fil.*

SEMEIOTICA.

Un nuovo segno di versamento pericardico.

Ai segni consueti, E. Moschcowitz (*Amer. Journ. Med. Assoc.*, 27 maggio 1933) ne aggiunge un altro, che egli ritiene non ancora descritto da altri, cioè il passaggio brusco dalla risonanza polmonare all'ottusità cardiaca. Nell'ingrandimento del cuore (*cor bovinum*, insufficienza aortica) la sottile striscia di polmone che può rimanere fra il cuore e la parete toracica rende più graduale lo smorzamento del suono che porta all'ottusità, ciò che invece non si verifica nel versamento pericardico, in cui si ha inoltre la tendenza dell'ottusità ad allargarsi verso destra. *fil.*

NOTE PRATICHE.

Nelle punture di insetti.

R. Keller (*Münch. med. Wochens.*, 1933, n. 30) osserva che l'ammoniaca od il cloruro d'ammonio, che sono generalmente consigliati, spesso falliscono il loro scopo. Egli ha trovato che il migliore rimedio è l'ittiolo, p. es. in forma di un cerotto all'ittiolo, che si può portare con sè e che si applica sulla puntura. Esso impedisce il rigonfiamento e mitiga il dolore ed il prurito. Negli stadi ulteriori, in cui si ha già il rigonfiamento e l'infiltrazione, si ricopre tutta la zona arrossata con ittiolo puro e poi con uno spesso strato di ovatta, rinnovando eventualmente la medicatura il giorno dopo. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Lesioni reumatiche nelle glandole linfatiche.

In 3 casi di reumatismo articolare acuto, venuti a morte A. D. Fraser (*The Lancet*, n. 5726, 1933) ha esaminato istologicamente le linfoglandole mediastiniche, trovandovi le seguenti alterazioni: marcata congestione, di tipo prevalentemente venoso, con dilatazione e ingorgo delle vene e dei capillari; frequenti, ma non costanti, emorragie nei seni linfatici; qua e là trombosi venosa, con obliterazione dei vasi; nessuna prominenza dei follicoli e dei cordoni linfatici, sebbene i linfociti fossero numerosi; iperplasia del tessuto endoteliale; cellule endoteliari con o senza linfociti e polinucleati nei seni linfatici; inoltre fagocitosi ora più ora meno accentuata di globuli rossi: qua e là rare zone di necrosi, sotto forma di seni pieni di frammenti nucleari di cellule endoteliali degenerate e di leucociti.

L'endotelio vascolare era in poliferazione, determinando qua e là l'obliterazione del lume vasale; intorno ai vasi, evidente infiltrazione leucocitaria.

Lesioni reumatiche furono trovate nella capsula, specialmente al punto di unione di questa con il tessuto circostante, in tutto simili a quelle del connettivo intramiocardico (necrosi delle fibre collagene, proliferazione delle cellule connettivali, larghe, basofile e spesso plurinucleate); esse erano di preferenza presso i vasi.

La presenza di queste lesioni in glandole tributarie di organi lesi dalla infezione reumatica sembra dimostrare che il *virus* passa dai tessuti nel sangue attraverso le vie linfatiche.

V. SERRA.

Lo streptococco emolitico nel reumatismo.

Conclusioni decisive ancora non ci sono sulla funzione degli streptococchi nelle malattie reumatiche. Recenti osservazioni stanno a favore della loro importanza.

Dawson, Olmstead e Boots (*The Journ. of the Am. Medic. Assoc.*, 28 gennaio 1933) hanno veduto che il siero di malati di « artrite reumatoide » hanno la proprietà di agglutinare ad alto titolo ceppi di streptococco emolitico, qualunque fosse l'origine del ceppo (scarlattina, eresipela, ecc.). Altri cocchi grampositivi non erano agglutinati affatto o lo erano a basso titolo ad eccezione del pneumococco R. Sieri di malati di altre malattie e sieri di uomini normali non davano agglutinazione.

La proprietà del siero di malato di artrite reumatoide di agglutinare lo streptococco emolitico è legata alla durata della malattia e all'età del paziente nel senso che tutti i sieri che agglutinavano provenivano da ammalati da almeno un anno.

Inoltre la comparsa dello streptococco emolitico nella gola è accompagnata da esacerbazione dei sintomi articolari, che invece scompaiono quando i germi non si trovano più nelle fauci.

Precipitine della frazione proteica dello streptococco emolitico si sviluppano contemporaneamente all'attacco reumatico, ma non sono interamente specifiche. Un aumento delle antistreptolisine si ha all'inizio di un attacco acuto di reumatismo, come ha dimostrato Todd.

Tutte queste ricerche inducono a ritenere esatto il vecchio concetto di Sydenham che febbre reumatica e artrite reumatoide siano due condizioni diverse della stessa malattia.

R. LUSENA.

Ricerche batteriologiche nel sangue, nel liquido sinoviale e nei noduli sotto cutanei nelle artriti reumatiche (reumatismo infettivo cronico).

Eseguendo emoculture con tecnica batteriologica accurata e minutamente indicata. M. H. Dawson, M. Olmstead e R. H. Boots (*Arch. intern. Méd.* febbraio 1932 ricercarono la eventuale presenza nel sangue di germi in soggetti con reumatismo infettivo (circa ottanta casi); vennero eseguiti numerosi controlli non solo eseguendo emoculture in soggetti non reumatici, ma anche sottoponendo al medesimo e piuttosto complicato trattamento batteriologico, i terreni di cultura necessari per l'indagine condotta dagli AA. e conservati sterili.

I risultati ottenuti sono stati fondamentalmente negativi: sia nei casi in esame sia nei casi-controllo furono ottenute a volte emoculture positive per forme batteriche alle quali gli AA. non si credono autorizzati di assegnare particolare significato dal punto di vista patogenetico.

Vennero tentate culture con terreni in aerobiosi ed in anaerobiosi dal liquido sinoviale oppure anche direttamente in alcuni casi dai noduli reumatici sottocutanei, anche in questi casi però i risultati essendo fondamentalmente negativi.

CH.

Contributo all'etiologia della peliosi reumatica.

L. Burbi (*Pathologica*, 15 febbr. 1933), avendo studiato 15 casi di peliosi reumatica, ha fissato la sua attenzione su una spirocheta presente nell'orina, nel sangue, nelle linfoghiandole, nelle lesioni biliose e nel fegato, trasmissibile alla cavia, che viene a morte con un quadro setticemico emorragico e presenza di spirochete nella milza e nelle linfoghiandole.

Per quanto non si possa escludere che il germe in questione sia l'agente specifico della malattia, non si hanno dati sufficienti per confermarlo. Al pari di altre spirochete, esso è arsenobenzolo-resistente.

C. TOSCANO.

VARIA

Le idee della Regina Vittoria sul femminismo.

Si sono pubblicate quest'anno delle lettere ancora inedite della Regina Vittoria, che passa poco meno che per l'eguale di Elisabetta, nella venerazione di certi inglesi più ricchi di sentimento che di raziocinio; e le nuove lettere non le fanno particolarmente onore.

Ella è, per esempio, furiosa contro qualsiasi progresso nell'educazione femminile e fa scrivere indignata al ministro Gladstonr di domandare al professore Sir William Jenner (da non confondere con Edward, scopritore della vaccinazione) che cosa pensi dell'*idea mostruosa* di signorine e di giovanotti che entrino insieme in una sala anatomica; e il Jenner stesso, in una riunione all'Università di Londra, ebbe a dichiarare: « Signori, io ho una sola figliuola, che mi è cara quanto la pupilla degli occhi miei, e piuttosto che vederla sui banchi d'una sala anatomica vorrei accompagnarla al sepolcro ».

Per avere una più chiara idea della mentalità di quella donna, ecco un passo d'una sua lettera: « Da qualche tempo ella desiderava richiamare l'attenzione del signor Gladstone sul pazzesco ed estremamente demoralizzante movimento odierno per dare alle donne la posizione dell'uomo nelle professioni, *fra l'altro nella vita medica...* Ella è ansiosissima di far sapere che non solo disapprova ma aborre i tentativi di distruggere ogni decenza e ogni sentimento femminile... Ella è decisa, per la salvezza delle giovani di questo paese e la loro liberazione dell'immoralità, di fare tutto il possibile per impedirlo ».

D'altra parte, se ella era donna e si riteneva capace di reggere i destini d'un grande paese, ciò avveniva, secondo lei, perchè, come regina, era dotata dal Cielo d'un privilegio quasi divino, al punto che non sorrise nè si meravigliò quando un medico militare le scriveva dal Transvaal, durante la guerra boera, che le scatole di cioccolatini da lei mandate fermavano le palle dei nemici.

(Da *Il Giardino d'Esculapio*, ottobre 1933).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

L. NAJERA. *Una nuova tecnica per la numerazione di uova di elminti nelle feci.* — Tip. Jovene, Napoli, 1932.

C. LUCCHINI, R. SEGRE, A. BONIZZI. *Contributo allo studio clinico e sperimentale dell'anuria perniciosa.* — Tip. « A. L. A. », Varese, 1932.

P. NICOLÒ. *Un caso di melena del neonato.* Medicina Pratica, 1933.

E. BARTOLOTTA. *Relazione Clinica sull'attività oculistica esplicata nell'Ospedale Coloniale di Tripoli durante gli anni 1914-1933.* — Tip. Maggi, Tripoli, 1933.

P. NICOLÒ. *Corpo estraneo vivente (Hirudo Medicinalis) nella gola di un ragazzo.* — Med. Pratica, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

La repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie.

Alla interrogazione presentata dall'on. Perna relativamente all'esercizio abusivo delle professioni sanitarie e sulla disciplina delle arti e mestieri ausiliari all'esercizio della medicina, l'on. Guido Buffarini, Sottosegretario di Stato agli Interni, ha dato la seguente risposta scritta:

« Fino dall'entrata in vigore della legge 6 maggio 1928, n. 1074, sulla repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie, e successivamente, il Ministero dell'Interno ha impartito ai Prefetti tassative e categoriche istruzioni, volte ad assicurare la esatta e rigorosa applicazione delle norme ivi dettate.

L'osservanza delle istruzioni ministeriali, curata dal personale interessamento dei Prefetti, ha portato ad una graduale e progressiva diminuzione del numero delle denuncie all'autorità giudiziaria per il reato di abusivo esercizio delle professioni sanitarie. Così, per quanto riguarda, in particolare, l'esercizio abusivo della professione di odontojatria, mentre nel 1930, si ebbero 137 denuncie, nel 1932 se ne ebbero 90, e, nell'anno in corso, si prevede un numero anche minore. Tali dati stanno a dimostrare che il fenomeno non ha quel carattere di gravità segnalato dall'on. interrogante.

Ad ogni modo, può assicurarsi che il Ministero non mancherà di impartire nuove istruzioni, alle autorità preposte alla tutela della sicurezza e della sanità pubblica, per la più efficace vigilanza sull'esercizio delle professioni ed arti ausiliarie sanitarie ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI

ABBAZIA (*Fiume*). — Fino alle ore diciotto del venti novembre 1933-XII è prorogato il termine del concorso, per titoli, ai seguenti posti di medico presso il locale Ospedale Civile:
Primario-direttore, stipendio annuo L. 9600;
Primario-chirurgo, stipendio annuo L. 4800;
Radiologo, stipendio annuo L. 3000.

Gli stipendi sono soggetti alle trattenute di legge esclusa la riduzione del 12 %. Documenti di rito. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Abbazia.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile*. — Scad. 1° nov., ore 17; primario del reparto di medicina; L. 5896 già decurtate del 12 %; età lim. 45 a. al 1° sett.; doc. a 3 mesi dalla stessa data; nom. e conferme quinquennali. Chiedere annunzio.

AOSTA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 30 dic.; direttore sanitario; L. 14.000 oltre L. 4000 serv. att., L. 4000 compenso inibizione libera profess., L. 500 mensili (revidibili) trasferta, rimborso delle pure spese di viaggio; età lim. 45 a. al 15 sett. Chied. altre condizioni. Rivolgersi Presidente.

ARSOLI (*Roma*). — Scad. 30 nov.; L. 9500 e 5 quadrienni decimo; c.-v.

BARLETTA (*Bari*). *Ospedale Civile « Principe Umberto »*. — Scad. 30 nov., chirurgo primario; L. 8000 lorde 12 %; 60 % partecipaz. Rivolgersi Segreteria Congregaz. di Carità.

BERGAMASCO (*Alessandria*). — Scad. 30 nov.; lire 7000 d'indenn. residenziale e servizio ai poveri, L. 1000 cavalc., aumenti di legge.

BIELLA (*Vercelli*). *Ospedale degli Infermi*. — Posto di Primario Direttore della Sezione di Radiologia e Fisio-Terapia. Scadenza 15 dic. 1933-XII. Per informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale suddetto.

BISACQUINO (*Palermo*). — Scad. 21 dic.; 2ª cond.; età lim. 35 a.; L. 8500 e 5 quinquenni dec.; trattenute e diminuzioni di legge; addizionale L. 3 oltre i 1000 pov.

BISTAGNO (*Alessandria*). — Per titoli. Scadenza 30 ottobre 1933-XII. Periodo di prova anni due. Stipendio annuo L. 7000, suscettibile di cinque aumenti quadriennali. Indennità di cavalcatura L. 1500. Stipendio e indennità sono soggetti alla riduzione del 12 %. Età minima anni 21, massima 45, salvo eccezioni di legge. Chiarimenti ed elenco dei documenti possono essere richiesti alla Segreteria del Comune di Bistagno.

CAMPAGNANO DI ROMA (*Roma*). — Scad. 15 nov., ore 18; L. 9500 per 1000 pov.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; addizionale L. 4; L. 1267,20 c.-v.; L. 400 uff. san.; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 15 sett.

CAMPANA (*Cosenza*). — Scad. 20 nov.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 1000 per gl'inscritti oltre il migliaio; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

CATANIA. *R. Prefettura*. — Concorso per titoli ed esami ai posti di ufficiale sanitario dei Comuni di Militello, Adrano e Mascali. Stipendio iniziale L. 6000 annue, suscettibile di quattro aumenti periodici quinquennali del decimo. Il termine per la presentazione dei documenti scade il 20 novembre 1933-XII. Per le altre informazioni gli interessati dovranno rivolgersi alla Prefettura di Catania.

COLLE DI VAL D'ELSA (*Siena*). — Scad. 31 ott.; L. 7500 e quota mobile di L. 1783, cavalc. L. 4000, 6 quadrienni dec.

CORI (*Roma*). — Scad. 31 dic.; per Valle; L. 9300 e 5 quadrienni dec.; addizionali L. 4 e L. 5; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

COSENZA. — Il Prefetto della Provincia, in data 7 ottobre, rende noto che tra i Comuni per i quali con avviso 26 agosto p. p. è stato bandito concorso per titoli ed esami ai posti di Ufficiale Sanitario va pure compreso quello di S. Basile con retribuzione annua assegnata al posto di L. 2500.

FOSSÒ (*Venezia*). — Scad. 15 nov.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., c.-v., addizionale L. 5 oltre i 1000 pov., L. 500 se uff. san., L. 3000 cavallo; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

GENOVA-VOLTRI. *Opera Pia Ospedale S. Carlo*. — Scad. 31 ottobre; chirurgo primario, aiuto chirurgo e aiuto medico; L. 6000 pel primario, L. 2400 per gli aiuti; riduz. 12 %; partecipaz.; doc. a 3 mesi dal 1° sett. Chied. annunzio alla Segreteria.

Gorizia. *Amm. Prov.* — Scad. 5 gen.; assistente nella Sez. med.-microgr. del Laborat. d'igiene e profilassi; L. 10.000 aumentabili di sei decimi, oltre L. 3000 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Gualtieri (*Reggio Em.*). — Scad. 30 ott.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 1000 indenn. categoria e L. 3000 cavallo o automob.

Guidizzolo (*Mantova*). — Scad. 31 ott.; L. 9000 oltre L. 2500 trasp., L. 600 uff. san.

Luino (*Varese*). *Ospedale di Circolo « Luini Gonfalonieri »*. — Scad. 10 dic.; L. 5000 oltre L. 1000 indenn. direzione; compartecipaz.; età lim. 25-40 a. al 10 ott. Rivolgersi segreteria dell'Amministrazione ospedaliera.

Mantova. *Istituti Ospedalieri.* — Scad. 18 nov., ore 17; due medici assistenti; L. 5500, c.-v., L. 16 al giorno e vitto per le guardie, alloggio, partecipaz.; riduz. 12 %; doc. a 3 mesi dal 18 ag.; nom. triennale; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio al segretario del Consiglio d'Amministrazione.

Martinengo (*Bergamo*). — Per titoli. Posto di medico chirurgo della prima condotta. Stipendio base L. 6500 con cinque aumenti quinquennali di un decimo. Indennità di cavalcatura (cavallo o motocicletta) L. 1150. Indennità di L. 5 o di L. 2 per ogni povero che abbia diritto, rispettiva mente, o alla sola cura medico-chirurgica o alla assistenza medica ed ai medicinali. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. La domanda con i prescritti documenti, l'elenco dei quali con le relative modalità ecc. possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Martinengo, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 30 nov. 1933-XII.

Massa, *Comune.* — Scad. 31 ott.; due medici condotti rurali e uno supplente; per i primi due posti L. 10.350 oltre L. 1500 cavalc.; per il terzo L. 8050; decurtaz. 12 %; età lim. 40 a.

Mirabello Comasco (*Como*). — Scad. 31 ott.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 700 uff. san., L. 700 bicicletta, L. 500 ambulat. se in casa; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Morino (*Aquila*). — Scad. 31 ott., ore 12; per Rendinara; L. 9240 già decurtate del 12 %; tassa L. 50; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 5 ott.; serv. entro 15 giorni.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti.* — Scad. 16 nov.; due primari chirurgi; titoli ed esami. Stip. L. 7800; c.-v. Per le altre condizioni chiedere annunzio alla Segreteria.

Tirolo (*Bolzano*). — Scad. 31 ott.; L. 6800 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 700 trasporto; uff. san. L. 680; L. 1020 arm. farm.

Udine. — Il Commissario Prefettizio informa che la scadenza del concorso al posto di Direttore Sanitario dell'Ospedale Civile S. Maria della Misericordia, è prorogata alle ore diciotto del 15 novembre 1933-XII.

Varapodio (*Reggio Cal.*). — Scad. 9 nov.; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 600 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

Vipacco (*Gorizia*). — A tutto 31 dic.; consorzio di 3 Comuni; L. 7920 oltre L. 440 serv. att., L. 2640 automobile, c.-v.; 6 quadrienni dec.; ritenute di legge. Punti negli esami speciali e di laurea.

Zoagli (*Genova*). — A tutto 30 nov.; L. 7200 ridotte; 10 bienni ventes.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; doc. a 3 mesi dal 1° ott.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

La direzione dell'Istituto Stomatologico Italiano, che ha sede in Milano, è stata affidata al prof. Gaetano Fasoli, direttore della Clinica Odontoiatrica di quella R. Università, in collaborazione col prof. Enrico Forster, docente nella stessa Università.

S. M. il Re ha nominato *motu proprio* Grande Ufficiale della Corona d'Italia, il dott. comm. Enrico Secreti, valoroso odontoiatra. Rallegramenti.

Il dott. Pickhahn è nominato direttore dell'Ospedale « Cecilien Haus » di Berlino.

Il dott. Chapon, che era vice-presidente dell'Associazione generale dei medici di Francia, ne è stato ora eletto presidente.

Il dott. Carlos Newlands è nominato presidente dell'Istituto Brasiliano di Stomatologia.

Il dott. Rodolfo A. Rivarola è nominato presidente della Società di chirurgia di Buenos Aires.

NOTIZIE DIVERSE.

3ª Conferenza internazionale di pediatria preventiva.

Si è chiusa a Lussemburgo la III Conferenza dell'Associazione Internazionale di Pediatria Preventiva.

La pediatria italiana era rappresentata dal prof. Frontali della R. Università di Padova, il quale, insieme al prof. Rott di Berlino, ha tenuto una delle due relazioni fondamentali, sulle quali si è aggirata la discussione della Conferenza, cioè la « profilassi delle affezioni influenzali nella prima infanzia », alle quali si deve ancora una gran parte dell'alta mortalità infantile.

Il prof. Frontali, al termine della sua applaudita relazione, ha messo in evidenza quanto già è stato realizzato in Italia dall'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia, ed ha presentato delle conclusioni che sono state approvate dalla Conferenza all'unanimità.

14° Congresso internazionale d'idroclimatologia.

A Tolosa dal 4 al 9 corrente ebbe luogo l'annunziato Congresso d'idrologia, climatologia e geologia medica; v'intervennero i rappresentanti di 25 nazioni e numerosi internisti, tisiologi, pediatri.

Di grande interesse i temi trattati, relativi alle cure climatiche nei bambini e nella tubercolosi polmonare e alle encefaliti.

Avevano aderito i professori italiani Valenti, Vinai e Nasini di Milano (relatore), Lasagna di Parma, Silvestri e Genoese di Roma, che hanno partecipato ai lavori, fatti segno da parte dei colleghi francesi a festose accoglienze e tutti invitati a turno con gli aderenti delle altre nazioni a presiedere le sedute del Congresso.

1° Congresso francese di terapia.

Ricordiamo che si tiene a Parigi dal 23 al 25 ottobre. È presieduto da M. Loeper, professore di terapia alla Facoltà di Medicina di Parigi. L'Italia è rappresentata nel Comitato d'onore straniero dai proff. Pende, Sanarelli e Devoto. Gli argomenti di relazione sono: « Il trattamento parenterale dell'ulcera gastroduodenale » (relatore il prof. Devoto di Milano); « Il trattamento delle colibacillosi »; « Le associazioni medicamentose »; « Il trattamento delle radiodermiti »; « La piretoterapia elettrica e clinica ». Le comunicazioni sono relative ai temi trattati.

Tutte le informazioni riguardanti il Congresso possono essere richieste presso la segreteria (place de l'Odéon 8, Paris VI).

8° Congresso francese di ginecologia ed ostetricia.

L'Associazione dei ginecologi e ostetrici di lingua francese ha tenuto il suo 8° Congresso a Parigi, nei locali della Facoltà di medicina, dal 5 al 7 ottobre. Alla seduta inaugurale intervenne il decano della Facoltà, prof. Roussy. Il presidente dell'Associazione, dott. Henrotay, di Anversa, succeduto al prof. J.-A. Faure, ricordò che al Congresso internazionale della specialità tenutosi a Roma nel 1902 venne discusso uno dei temi ora di nuovo all'ordine del giorno, la tubercolosi genitale. Sembra che la ripresa dei Congressi internazionali incontri gravi difficoltà; ma il Congresso francese accoglie studiosi di tutte le Nazioni i quali vogliano esprimersi nell'idioma francese. Parlarono poi il presidente del Congresso prof. Couvelaire e il segretario generale dell'Associazione prof. Brindeau.

Congressi francesi di chirurgia e di urologia.

Si sono svolti a Parigi i lavori degli annuali congressi della Società francese di chirurgia e di quella di urologia, a cui sono intervenuti tra i membri stranieri numerosi italiani: l'on. R. Paolucci, i proff. Alessandri, Uffreduzzi, Donati, Dominici, Colombino, Dogliotti, Chiaro-Lanza, Caporale, Chiasserini, Chiaudano, Perrucci, Soria, Jungano, Spangaro, ecc.

Sulle relazioni di detto Congresso hanno fatto importanti ed applauditissime comunicazioni il prof. Paolucci di Bologna, il prof. Alessandri di Roma ed i proff. Donati di Milano, Uffreduzzi e Caporale di Torino.

I congressisti italiani sono stati ricevuti alla sede del Fascio di Parigi dove il segretario politico comm. Gazzoni ha rivolto loro parole di saluto.

Giornate mediche di Bruxelles.

Le prossime Giornate Mediche di Bruxelles si terranno dal 23 al 27 giugno 1934 e saranno destinate precipuamente alla fisiopatologia delle glandole endocrine ed ai rapporti di queste con i varî settori della medicina e della chirurgia.

Il Comitato organizzatore, presieduto dal prof. Zunz, ha già ricevuto le adesioni di eminenti personalità.

La segreteria generale ha sede nella rue Beilliard 141, Bruxelles, Belgio.

1° Congresso panamericano di radiologia.

Si è tenuto a Chicago dal 25 al 30 settembre; vi hanno partecipato fisici e medici di fama mondiale. Si è occupato dei raggi X e dei corpi radioattivi. I lavori sono stati presieduti dal Dr. Henry K. Pancoast di Filadelfia. Per gli atti rivolgersi al presidente del Comitato organizzatore, Dr. Benjamin H. Orndoff, North Clark Street 2561, Chicago, Ill., S. U. d'A.

Corsi di perfezionamento.

Le iscrizioni per il VI Corso di perfezionamento in Tisiatria, che si svolgerà nell'anno accademico 1933-34 presso l'Istituto « Benito Mussolini », saranno chiuse il 10 novembre p. v. Le iscrizioni si ricèvono presso la Segreteria dell'Istituto (Confederazione generale dell'industria italiana) in Roma.

Col prossimo novembre, nell'Istituto di Materia Medica della R. Università di Napoli (S. Andrea delle Dame 21), s'inizierà il corso d'idrologia per medici specialisti di Stabilimenti termali, Stazioni climatiche ecc. Le iscrizioni sono aperte presso la Segreteria della R. Università.

Conferenza del prof. Putti a Chicago.

In una conferenza tenuta all'« American College of Surgeons », adunatosi a Chicago durante i giorni 9-13 ottobre, il prof. Vittorio Putti, dell'Università di Bologna, ha fatto una esposizione del suo nuovo procedimento per riportare alla lunghezza normale gli arti inferiori fratturati, deformati o comunque menomati.

Ha riferito come egli riesca ad ottenere risultati felicissimi col suo sistema che si basa sull'impiego di pesi i quali facilitano la formazione di nuovi tessuti ossei destinati ad eliminare o ridurre al minimo il difetto dell'arto. Con tale procedimento ha ottenuto allungamenti del femore e quindi dell'arto fino a sette od otto centimetri.

Altre conferenze sono state tenute dal prof. H. B. Whitehouse di Birmingham (sul tema « Mastopatie e mastiti croniche ») e dal dott. D. E. Robertson di Toronto (sul tema « Simpatectomie nell'infanzia »).

L'inaugurazione del nuovo Sanatorio militare di Anzio.

Il Sanatorio Militare di Anzio nella storia della lotta contro la tubercolosi in Italia ha assunto un compito di speciale interesse, poichè ha risanato migliaia di invalidi di guerra ed ufficiali e soldati delle Forze Armate, ha avuto l'altissimo onore di due visite di S. E. il Capo del Governo e di numerose visite di competenti tisiologi di tutto il mondo, ha l'orgoglio di aver organizzato il primo corso di perfezionamento in tisiologia. Col 28 ottobre esso compie il suo 15° anno di vita. L'amministrazione militare della Guerra ha voluto che questo avvenimento fosse degno del nuovo tempo e, per l'occasione, sarà inaugurata una mole imponente di modernissime opere che renderanno il Sanatorio ancora più efficiente e più grandioso. Il complesso delle opere che saranno inaugurate sostitueranno la vecchia ma eroica sistemazione, che ricorda l'immane sforzo fatto dall'Italia allorchè iniziava per mezzo della pioniera Sanità Militare una lotta organica contro la tubercolosi nel Paese.

Queste numerose opere, che sorgono nella secolare Pineta Aldobrandini, in un paesaggio del quale l'eccezionale pittoresco si avvalora di potenti caratteri classici, fantasticamente latini e

mediterranei, ed a cui l'architetto Di Fausto in collaborazione fervida col direttore dell'Istituto prof. Bocchetti, e l'alta competenza tecnica della Direzione del Genio Militare, ha dato linee armoniche e modernissime, aderenze funzionali di stile, grandiosità di mezzi, rappresentano quanto era umanamente possibile raggiungere nel campo dell'organizzazione sanatoriale e moderna e di più progredito nella tecnica igienica edilizia. Partiti dà mète già raggiunte in questo campo e deviando in parte da qualche impostazione non ritenuta aderente alla particolarissima funzione di assistenza ai tubercolotici, la cui anima sottilmente malata è così bisognosa della grandiosità sedativa della natura, si è fatto di questo vecchio e glorioso Sanatorio Militare di Anzio un modernissimo Istituto che è vanto della Sanità Militare rinnovata nel clima storico del Regime fascista.

La notizia della vita intensificata del Sanatorio Militare di Anzio sarà appresa con interesse e soddisfazione da quanti hanno guardato questo Istituto, tra i primisssimi della nostra organizzazione Sanatoriale Italiana, come ad una luce che ha brillato per 15 anni, nonostante le infinite difficoltà, occulte e palesi, che hanno cercato di spegnerla.

Per la limitazione degli studenti di medicina nel Portogallo.

La Facoltà di Medicina di Oporto ha presentato un memoriale al Ministro dell'Istruzione, per proporre la limitazione al numero di 60 delle immatricolazioni annuali nella facoltà stessa.

Il memoriale rileva che l'affluenza enorme di allievi impedisce qualsiasi insegnamento efficiente; che, inoltre, porta ad una pletora professionale, i cui effetti perniciosi sulla dignità della professione si renderanno sempre più manifesti, se non verrà infrenata la libertà attuale d'iscrizione.

La direzione dell'Associazione Medica Lusitana si è pure interessata al problema, il quale verrà trattato in una riunione generale delle Associazioni professionali.

In merito alla sterilizzazione dei deliquenti.

In una riunione della Società di medicina legale di Roma il prof. S. Ottolenghi ha riferito sul tema « Sterilizzazione del delinquente in rapporto alla medicina legale ».

L'oratore ha rilevato che l'eredità morbosa, per quanto frequente, non è fatale e tanto meno è graduabile la sua presunzione, sì da potersene servire per l'indicazione degli estremi della pericolosità della persona che dovrebbe essere sterilizzata. Ha poi notato che la sterilizzazione viene a costituire una « lesione personale » che provoca una « debilitazione permanente », lesione personale che è in contrasto con l'indirizzo del nuovo codice penale nella terapia del delitto.

La Società ha accolto unanimemente le conclusioni dell'illustre oratore, contrarie alla sterilizzazione.

Un po' dovunque.

Mentre questo numero viene impaginato e stampato, si svolgono il Congresso italiano delle scienze a Bari ed i Congressi medici di Pavia. Ne riferiremo e ne daremo i resoconti come di consueto.

Dal 5 al 7 ottobre si è tenuto a Milwankee il convegno annuale dell'« Associazione centrale degli ostetrici e ginecologi » degli Stati Uniti.

L'8° Congresso francese di stomatologia avrà luogo a Parigi durante il principio di ottobre del 1934. Dopo la seduta inaugurale, che si terrà nella Facoltà di Medicina, il Congresso continuerà i lavori alla Sorbona.

Ad iniziativa del dott. Claoué, e con la collaborazione del dott. Fischer, si è costituita l'« Alleanza Scientifica e Medica Francese », che ha lo scopo di provocare riunioni periodiche, di valorizzare le ricerche scientifiche e d'incoraggiare i giovani in tali ricerche, contribuendo al rispetto della tradizione scientifica. Informazioni presso il Dr. Claoué, rue Scheffer 39, Paris XVIe.

La Società tedesca di storia della medicina ha festeggiato l'80° compleanno del prof. Karl Sudhoff, noto storiografo della medicina.

Sono state rese a Parma cordiali onoranze al dott. Tullio Betti, che lascia la direzione di quell'Ospedale Maggiore, dopo più di 32 anni di servizio, per limiti d'età. Gli è subentrato il dott. Visconti, colonnello medico.

Il prof. Fraenkel, direttore della Clinica ginecologica dell'Università di Breslavia, noto per la radioterapia del cancro, tiene durante la 2ª quindicina di ottobre, un corso di quindici lesioni a Rio de Janeiro, nell'« Hospital Pró-Matre » (avenida Venezuela 159); le lezioni teorico-pratiche sono integrate da dimostrazioni operatorie e da proiezioni fisse e cinematografiche.

Il Sindacato medico di Carrara ha approvato un ordine del giorno che contiene tre voti: 1° contro la piccola posta medica, contro la pubblicità priva di scrupoli e contro i sanitari assoldati a compilare rubriche mediche; 2° contro la pletora medica; 3° contro l'esercizio professionale dei medici stranieri.

L'Ospedale « Principessa di Piemonte » di Bergamo ha ricevuto ingenti legati ed elargizioni, tra cui: L. 200.000 dalla sig.ra Carolina Pisone, lire 100.000 dal cav. Filippo Rossari, L. 60.000 dal cav. Carlo Pisone.

L'ing. Giacomo D'Alì di Trapani ha elargito L. 200.000 in memoria del compianto genitore gr. uff. Giulio D'Alì Staiti, e di esse L. 150.444 sono destinate all'erigendo ospedale civico di Trapani.

Il presidente della Repubblica Francese, Albert Lebrun, mentre era in villeggiatura a Rambouillet, ha inaugurato un ospedale regionale costruito in questa cittadina.

Si è deposta a Granollers (Spagna) la prima pietra di un padiglione ospedaliero per malattie infettive, il cui costo è preventivato in duecentomila pesete.

Il 7 settembre venne inaugurato a Segovia (Spagna) un nuovo ospedale-penitenziario femminile; è capace di circa 110 posti ed è diviso in 4 reparti.

Con decreto del potere esecutivo si è istituita a Cuba la Federazione Medica Cubana, con intendimenti protezionistici verso i medici isolani.

L'Ambasciatore spagnolo ha inoltrato al Governo di Cuba una nota, in cui protesta contro il provvedimento preso alla sprovvista e fa note le sue apprensioni nei riguardi dei numerosi medici spagnoli esercenti a Cuba. Il Governo di Cuba ha reagito dichiarando indesiderato l'Ambasciatore per il poco tatto dimostrato in tale occasione.

La Federazione Medica Cubana ha dato comunicazione al Governo che verrà attuato lo sciopero dei medici, se non verrà raggiunto un accordo completo su tutte le questioni che ora tengono la classe in agitazione.

Un decreto del governatore del Distretto Federale del Brasile stabilisce che debbano essere licenziati tutti i funzionari affetti da tubercolosi, cancro o lebbra.

Il Governatore del Mecklemburgo e di Lubecca ha respinto la domanda di ricorso avanzata dal prof. Deycke e dal dott. Alstaedt, condannati per omicidio involontario e negligenza, in seguito a vaccinazioni con B C G inquinato.

I giornali recano che un'epidemia di febbri palustri avrebbe causato la morte di più di 50.000 persone nel distretto di Ping-Kiang, provincia di Honan. È difficile far seppellire i cadaveri, data la paura di contrarre il morbo. Funzionari e missionari fanno il possibile per contenere l'epidemia.

Un episodio di tossi-infezione alimentare si è avuto a New York, il 23 agosto, tra 150 impiegati di una ditta (la Dun and Bradstreet, Inc.), riunitisi a banchetto. Se ne dovettero prontamente ospedalizzare 22; all'uopo furono mobilitate 8 auto-ambulanze, parecchi agenti di polizia, 20 interni e varie infermiere.

Il dott. Eolo Camporesi, di Forlì, direttore della rivista di enigmistica « Penombra », ha tenuto a Varese, nel salone del Corso di Cultura Medica, una conferenza sul tema « Enigmi... non medici ».

Il 15 settembre è ricorso il centenario del costume « ricamato » concesso, dopo vive discussioni, ai membri dell'Accademia di Medicina di Parigi, con ordinanza ministeriale portata a conoscenza dell'Accademia il 1° ottobre 1833. Oggi il costume viene ancora indossato in occasione di cerimonie.

Le Case farmaceutiche Del Saz & Filippini, Guieu, Lapeyre ed altre 16, avevano intentato causa contro il commerciante Carlo Billò di San Remo, per violazione del diritto di marchio e concorrenza sleale (inerente ad importazione dall'estero di prodotti farmaceutici). Il Tribunale di S. Remo ha inibito la continuazione del traffico delle specialità, ha ordinato la confisca dei prodotti importati ed ha condannato il Billò alle spese ed al risarcimento dei danni verso le Ditte attrici.

L'edifizio della città di Messico è stato devastato da un incendio, che sembra sia stato appiccato da studenti scioperanti.

Da tempo sofferente, il prof. Giulio Luigi Sacconaghi, medico primario di Brescia, ha chiuso con rapido aggravamento la sua esistenza a soli 58 anni.

Allievo di Carlo Forlanini, a continuo contatto coi maggiori Clinici d'Italia, fortissimo di coltura e dialettica, esprimeva sempre in congressi medici e in libere accademie concetti precisi e quando ne era il caso critiche serrate.

Era scienziato di salda fama. Qualche suo scritto, quali « La diagnosi clinica dei tumori addominali », « Il pellagrotifo », « Il cosidetto rumore presistolico », « Sulla leucanemia », « L'epechèsi ossitonica elemento essenziale della egofonia »; « La clinica della adesione pericardica nell'aspetto suo diagnostico » (opera premiata dalla R. Università di Roma con medaglia d'oro al merito clinico, premio Baccelli) e numerose altre pubblicazioni furono molto apprezzate nel mondo medico e anche tradotte.

Egli fu studioso di grande levatura: ebbe mente lucida, pronta, coordinatrice, perduta nell'atmosfera serena delle ricerche scientifiche, assente dalle forme vuote dell'ostentazione. Ed anche fu inopinatamente buono: di quella carità che cerca la sofferenza per soccorrerla, che crede e confida nella bontà altrui misurandola con la propria, generoso fino all'altruismo, mite fino alla ingenuità.

I medici Bresciani lo ricordano al letto del malato quale preciso diagnosta e sicuro di clinica e di semeiotica, e il Suo nome resta indelebilmente legato alla medicina italiana.

Presenti in spirito i clinici dei maggiori Atenei d'Italia, i medici Bresciani si sono raccolti intorno alla salma di Sacconaghi per offrirgli, oltre la tomba, tributo di gloria.

Ci inchiniamo anche noi reverenti alla nobile figura dello Scomparso e al dolore della Sua famiglia e dei Suoi allievi.

Dott. Piero Turlini.

Registriamo con profondo rammarico la perdita del prof. Papinio Pennato. Nato a Dolo (Friuli) 77 anni or sono, per circa un cinquantennio profuse i tesori del suo sapere e del suo cuore nella città di Udine, ove dal 1896 era primario medico e direttore dell'Ospedale Civile. Da pochi giorni gli era stato comunicato il collocamento in quiescenza.

Lascia una produzione quanto mai copiosa, varia e interessante.

Dedicatosi alla radiologia, aveva contratto una radiodermite; martire della scienza, dovette subire due interventi demolitori alle mani.

Al suo nome sarà intitolato un padiglione del nuovo Ospedale di Udine. C.

È morto il prof. Hans Moral, uno dei più reputati stomatologi, ordinario nell'Università di Rostock, autore di importanti pubblicazioni, tra cui l'atlante delle malattie orali, di grande pregio. Perseguitato come ebreo, fu prima destituito, poi messo al bando dalla Germania; mentre lesinava asilo fuori della Patria, venne colto da collasso cardiaco. M. P.

A soli 31 anni è morto a Udine il dott. Paolo Pitotti, che si era laureato a Torino ad appena 23 anni e che ha compiuto studi molto apprezzati sull'anatomopatologia dei tumori maligni.

Di una malattia infettiva contratta in servizio, il 19 settembre è morta la signora Legrand, addetta all'Ospedale Tenon di Parigi. Alla sua memoria è stata decretata la medaglia d'oro delle epidemie.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Ann. di Ostetr. e Gin., 30 giu. — G. ALBANO. La funzione del rene gravidico normale e leso. — C. SILVA. Iposurrenalismo acuto in puerperio.

Journ. A. M. A., 8 lug. — J. H. KENYON. Tipo ipopituitario dell'obesità. — S. STARR JUDD e al. Iperinsulismo. — G. WILSON e W. A. LIMBERGER. La deidratazione nell'epilessia.

Deut. Med. Woch., 21 lug. — KAUFFMANN. Circolazione e sist. nerv. — KÖRNER. Trattam. della psoriasi con mezzi interni.

Presse Méd., 19 lug. — J. LENORMAND. Acidoterapia amidata nell'asma da fieno.

Arch. p. lo St. della Fisiopat. e Cl. d. Ricambio, mag.-giu. — S. CABRINI. Metabolismo basale e valore dinamico specifico nei diabetici. — G. BARBARO FORLEO. Il glutatione.

Münch. Med. Woch., 21 lug. — M. NADOLENZNY. Trattam. operativo delle tonsille nell'infanzia. — J. THIEME. Actinoterapia della cute. — HARTLEBEN. Batteriologia della poliartrite reumatica.

Riv. Ital. di Ginec., lug. — E. FORTI. Influenza dell'istamina sulle modificazioni dell'apparato genitale. — E. FORTI. Diagn. biologica della gravid. ectopica. — V. DOGLIOTTI. Il glutatione.

Forze Sanit., 10 lug. — G. GATTI. Tbc. ossea e articolare. — R. ARRIGONI. Sepsi locale nel reumatismo cronico.

Mediz. Klinik, 22 lug. — W. STEPP. Cardiopatie e morte cardiaca. — W. JAENSCH. Microscopia capillare in vivo. — P. FRAATZ. Isteria e neurastenia.

Jornal dos Clínicos, 30 giu. — K. FARHENKEMP. Prognosi delle cardiopatie.

Arch. Med.-Chir. App. Resp., 3. — G. BRECCIA. Ipocapacità respiratoria funzionale. — P. PUFFÈ. Scissure interlobari e scissuriti.

Ann. Inst. Pasteur, lug. — A. BESREDKA, A. BOQUET, A. SAENZ, G. SANARELLI, A. ALESSANDRINI. Infezione carbonchiosa.

Clin. Med. Ital., lug. — M. CALABRESI, E. GIAUNI. Fattori dell'effetto osmotico del siero di sangue. — L. VERNETTI BLINA. Azione tossica degli esteri dell'acido acetico. — F. CORELLI. Anemia ipocromica essenziale e achilia.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., lug. — G. BOLOGNESI. Il pancreas accessorio. — D. BRANISTEANU e A. BOUTROUX. Eliminaz. dell'amilasi urinaria.

Rev. Méd.-Chir. d. Mal. du Foie, mag.-giu. — M. VILLARET. L'opoterapia epatica. — PHOCES. La secrez. pancreatica esterna nei diabetici. — G. PARTURIER e PARLIER. Fitoterapia negli itteri.

Med. Klinik, 21 lug. — K. STOLTE. Trattam. dell'edema nei diabetici. — K. GUDZEIT. Gastroscopia.

Med. Ibera, 22 lug. — J. A. COLLAZO e J. SANCHEZ RODRIGUEZ. Vitamina e principio antianemico.

Morgagni, 9 lug. — A. TARSITANO. Modificazioni glicemiche da iniezione di lipoidi negli epatopazienti.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 30 Ottobre 1933 - XI — Num. 44

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA
SALA S. CARLO GENGA.

La diatermia nella cura dell'ascesso e della gangrena polmonare

per il prof. TOMMASO LUCHERINI,
primario medico e docente.

Il trattamento dell'ascesso e della gangrena del polmone è un argomento che da tempo sta tenendo desta l'attenzione di medici e di chirurgi. I metodi di cura che sono stati proposti ed attuati in questi due processi morbosi sono numerosissimi ed in gran parte (quelli di parte medica) sono fondati sui diversi fattori etiologici. Non sto a parlare dell'enorme congerie di cure medicamentose, che, come si sa, vanno dai sieri e vaccini ai balsamici, al neosalvarsan, all'emetina, alla tintura di aglio (Loeper), al lipiodol endotracheale, al drenaggio posturale (Harrington, Brunn e Faulkner ecc.), alle iniezioni endovenose di alcool al 33 per cento; non parlerò del trattamento collassoterapico con il pneumotorace artificiale, nè dei svariati metodi chirurgici proposti, sia diretti (frenicoexeresi, pneumolisi con piombaggio, toracoplastiche), sia indiretti (broncostomia, pneumotomia, pneumectomia (Whittemore) e lobectomie). Tutti questi metodi di cura sia medici che chirurgici, ora esaltati ed ora messi da parte, sono tuttora oggetto continuo di discussioni e di incertezze. In verità per quanto molti passi avanti siano stati fatti nel trattamento di queste malattie, pur tuttavia non si è ancora trovato l'accordo sopra un metodo di cura, sia esso medico o chirurgico, che offra sicurezza e prontezza di guarigione. E questa è la ragione per cui gli studiosi continuano ad occuparsi del trattamento dell'ascesso e della gangrena polmonare e nuovi tentativi e nuove proposte vengono ancora fatte. Tra queste colgo l'occasione per ricordarne due, appunto perchè le più recenti ed assai interessanti. Quella del prof. N. Leotta con l'applicazione nell'ascesso gangrenoso del polmone del suo noto metodo collassoterapico mediante l'alcoolizzazione bilaterale dei nervi intercostali, metodo dall'autore già adoperato da quattro anni nella tubercolosi polmonare. (*Comunicazione Accad. Scienze Mediche*, Pa-

lermo; seduta del 31 gennaio 1933; *Le forze sanitarie*, n. 7, 10-3-33); e l'altra, non nuovissima, del prof. A. Soulas che ha raccomandato la broncoscopo-terapia, mediante la quale si riesce a provocare la disostruzione dei bronchi, il drenaggio rapido del focolaio suppurato, la lavatura bronchiale ed a ripristinare il libero giuoco dell'aria, facilitando la riparazione dei tessuti. (*Soc. de Médecine de Paris*, 10 aprile 1933); *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 3-3-33).

In verità le difficoltà e le incertezze che si incontrano nella terapia della gangrena e dell'ascesso polmonare giustificano ogni tentativo, anche se piccolo, fatto per superarle.

Io ho voluto tentare l'applicazione della diatermia nella cura di queste due malattie, ed in entrambe tale trattamento mi ha dato risultati egualmente vantaggiosi.

Si sa che dal punto di vista dottrinale e nosologico le due malattie vanno distinte, rappresentando una, l'ascesso, una raccolta purulenta nel parenchima polmonare dovuta a germi della suppurazione; mentre l'altra, la gangrena, è un processo necrotico del polmone ove sono in giuoco i batteri della putrefazione. Però dal punto di vista clinico e pratico i due processi non sono facilmente separabili, potendosi ingranare in svariate forme di passaggio, per cui non è ingiustificata la denominazione oggi usata di « ascesso gangrenoso del polmone ». Per cui io non terrò nell'applicazione generale del metodo di cura una speciale distinzione delle due malattie.

Non mi risulta, in mezzo all'enorme uso in terapia delle correnti diatermiche, che siano stati trattati con tale cura processi ascessuali e gangrenosi del polmone. È noto che in svariate affezioni dell'apparato respiratorio acute e croniche, tubercolosi compresa, è stata applicata la diatermia (Nagelschmidt, Braun, Laqueur, Kowarschik, Rautemberg, Hess, Chiozzi, Vinai ecc.), ma non ho trovato che sia mai stata tentata sistematicamente nell'ascesso gangrenoso del polmone. Io ho tentato l'applicazione di tale metodo di cura in vari casi di questa malattia, usufruendo dell'apparecchio di diatermia del gabinetto elettro-terapico dell'Ospedale di S. Spirito; e posso dire di avere ottenuto risultati veramente incoraggianti e degni quindi di essere conosciuti. Sono stato indotto a tentare questa terapia, partendo dal principio che la diatermia per i suoi effetti in profondità, apportando al tessuto polmonare leso una notevole quantità di energia sotto forma di calore e determinando una iperemia attiva locale ed una iperlinfia, con ogni presunzione viene a modificare la vitalità e lo sviluppo della flora bacterica (specie di quella termosensibile) ed a stimolare i poteri di reazione e di riparazione dei tessuti.

La tecnica, semplicissima, consiste nell'applicare due elettrodi di piombo (dello spessore di 0,5 mm.), di uguali dimensioni (larghezza 18 cm. e lunghezza 25 cm.), uno nella faccia anteriore e l'altro nella faccia posteriore dell'emitorace, corrispondentemente alla sede della lesione polmonare, in maniera che questa sia completamente attraversata dalle correnti diatermiche. I due elettrodi debbono essere fissati con larghe fasce elastiche, in modo da essere perfettamente aderenti alla cute del paziente, che starà semiseduto o meglio sdraiato. L'intensità della corrente oscillerà, a seconda della tolleranza, da 1 a 1,5 Ampère, e la durata delle sedute sarà di 10 minuti la prima, di 20 la seconda, di 30 minuti tutte le altre; e le sedute saranno fatte possibilmente tutti i giorni. Durante il trattamento diatermico i miei pazienti non sono stati naturalmente sottoposti ad alcun'altra cura.

Riporto senz'altro i casi da me trattati, esponendoli nella maniera più breve e sintetica possibile.

CASO I. — G. Giuseppe, di anni 32, autista. Il 29 marzo 1932 ebbe polmonite franca destra con risoluzione ritardata. Continuò la febbre a 38°,5-39° e la tosse; l'espettorato si fece abbondante, verdastro, di odore nauseabondo, per cui dopo un mese dall'inizio della polmonite entrò all'Ospedale di S. Spirito, ove fu fatta in base ai dati obbiettivi clinici e radiologici diagnosi di gangrena circoscritta del polmone destro. Furono praticate inizialmente cure balsamiche (mugolio *per os*) e fu fatta una serie di cinque iniezioni endovenose di Neosalvarsan. Il paziente non ebbe alcun vantaggio; ed uscì in condizioni immutate dall'Ospedale il 14 maggio 1932. In seguito non stette mai bene: l'espettorato sempre abbondante e fetido, dolore all'emitorace destro, febbre continua (37°,6-38°) e qualche volta lievi emottisi. In queste condizioni torna in Ospedale ove viene praticata la diatermo-terapia. Mostro il radiogramma eseguito l'11-X-1932, il giorno prima cioè che iniziasse la diatermia. Ebbene si rileva una grossa ombra a margini irregolari che occupa tutto il campo medio-toracico destro, con maggiore estensione ed intensità d'ombra nella regione ilare e para-ilare destra, mentre quasi nel mezzo della grossa ombra, piuttosto inferiormente, si rileva un'area più chiara, riferibile con ogni probabilità ad una zona di colliquazione (v. fig. 1).

Dal 12 ottobre al 14 gennaio 1933 vennero praticate 70 applicazioni diatermiche, perfettamente tollerate, all'emitorace destro, della durata di mezz'ora ciascuna; e posso assicurare che l'espettorato dopo le prime applicazioni perdette del tutto l'odore fetido, andò diminuendo di quantità (da 100-120 cc. al giorno, si ridusse a 40-50 cc.), sino a rimanere nel quantitativo giornaliero di 20-25 cc.; scomparve il dolore puntorio all'emi-

torace destro, non ebbe più alcuna emottisi; le condizioni generali andarono progressivamente migliorando, aumentò di circa 4 Kg. di peso; la tosse scomparve quasi, la febbre cadde dopo le prime 7-8 applicazioni, mentre il reperto obbiettivo toracico migliorò notevolmente.

Il radiogramma eseguito il 17-I-1933, prima di uscire dall'Ospedale, mostra un notevole miglio-

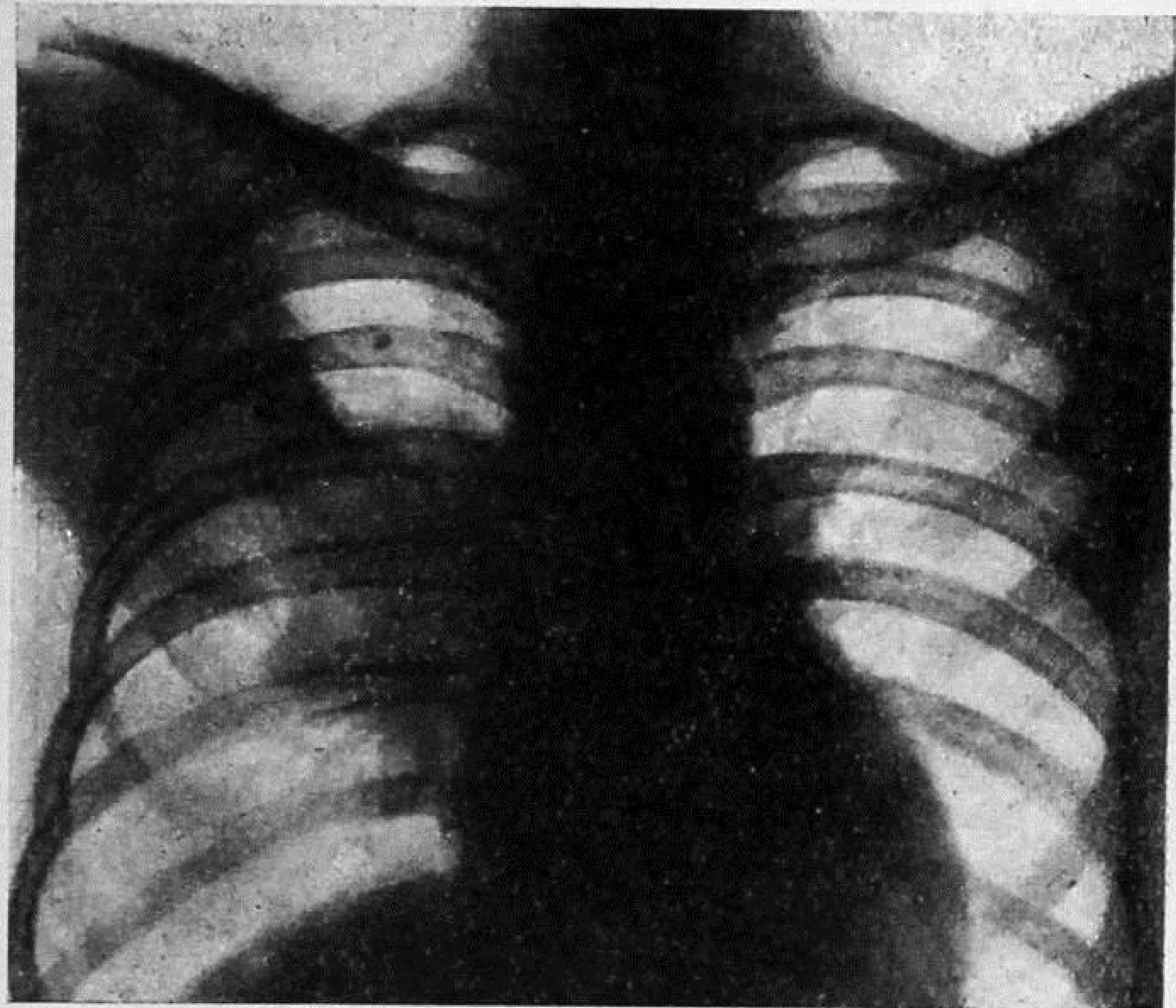


Fig. 1. — Radiogramma eseguito l'11 ottobre 1932. (Prima della cura).

ramento del reperto, con la quasi scomparsa della grossa ombra ilare e parailare destra, mentre permane, ma assai diminuita e limitata, la zona

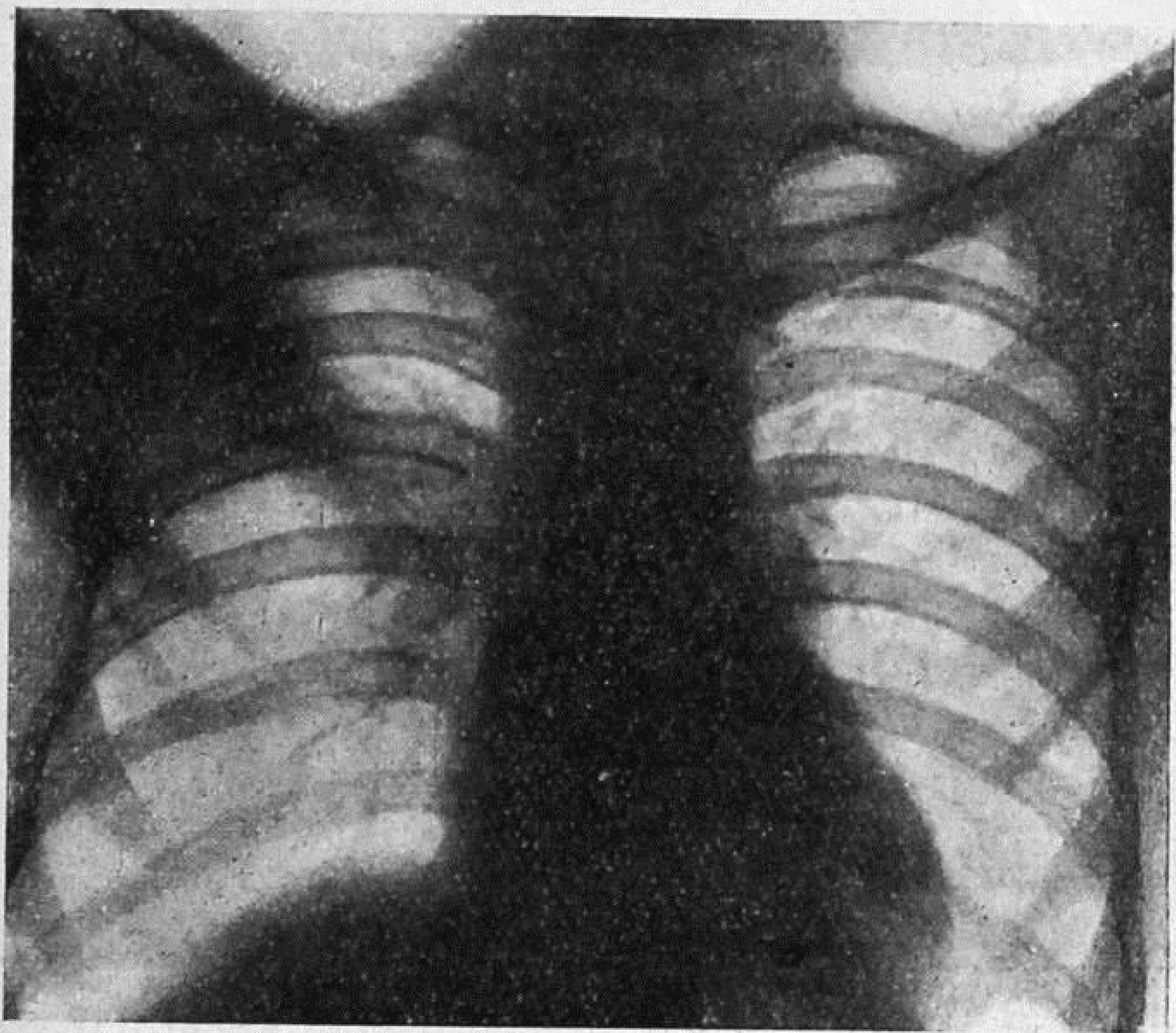


Fig. 2. — Radiogramma eseguito il 17 gennaio 1933. (Dopo la cura).

infiltrativa più laterale e superiore (vedi fig. 2). Disgraziatamente dopo la sua uscita volontaria dall'Ospedale, per quante raccomandazioni abbia fatte, non sono riuscito a rintracciare il paziente, onde poter giudicare a distanza delle sue condizioni generali e locali.

Caso II. — V. Giulio, di anni 34, muratore. Nei primi di agosto 1932 ebbe polmonite franca destra, che durò circa 35 giorni. Il 15 settembre 1932 fu preso da febbre alta (39°), tosse stizzosa, dolore all'emitorace destro, ed incominciò ad emettere notevole quantità di espettorato purulento-ematico, non fetido. Per tali disturbi entra all'Ospedale di S. Spirito, ove in base ai dati clinici e radiologici fu fatta diagnosi di ascesso polmonare destro. Nei primi giorni di degenza il paziente è affannato, ha diarrea ostinata, è profondamente astenico, ha febbre intermittente (37°-

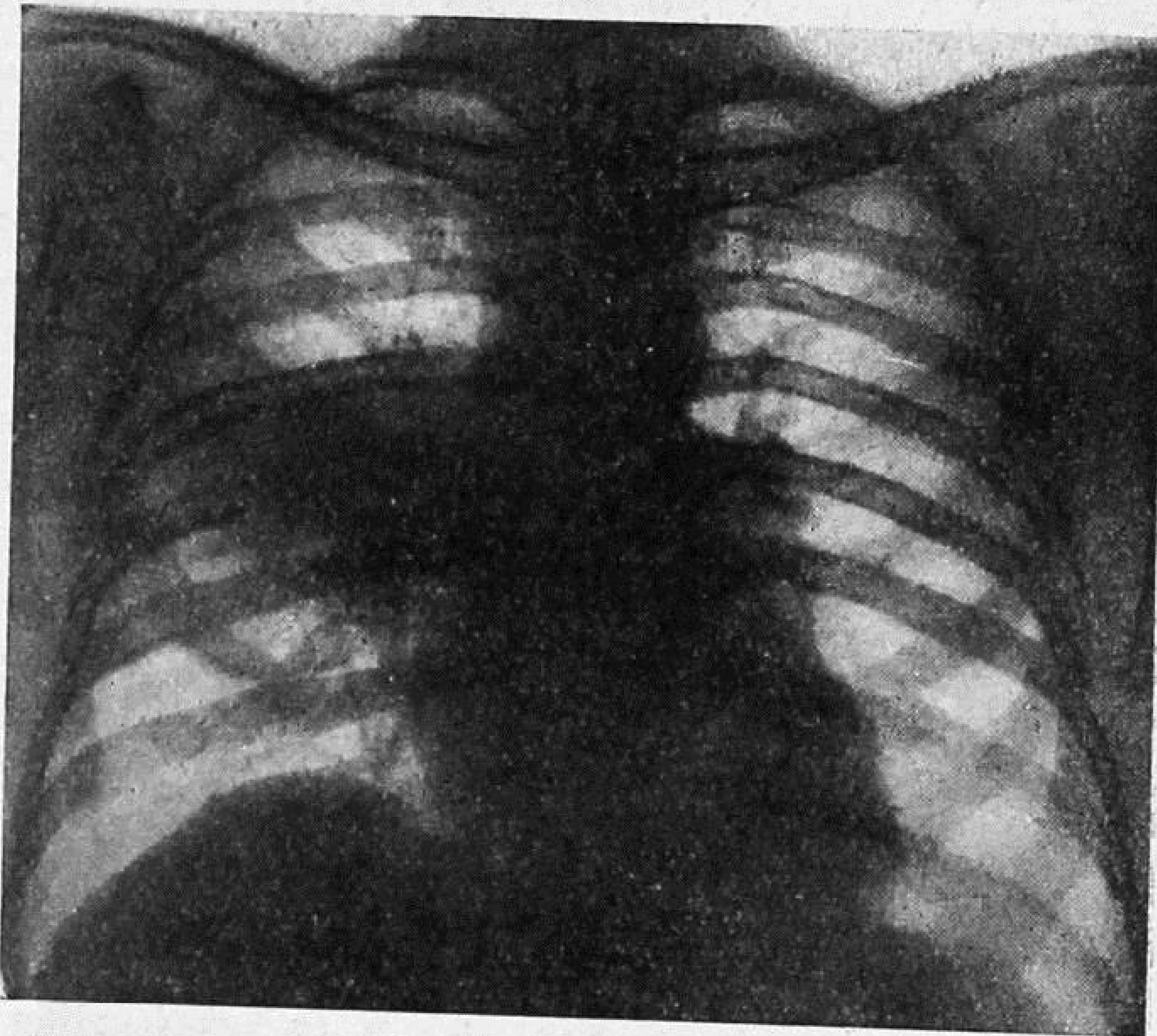


Fig. 3. — Radiogramma eseguito il 19 settembre 1932. (Prima della cura).

38°,3) ha tosse stizzosa con espettorazione purulenta, la cui quantità oscilla tra 90-120 cc. Il radiogramma eseguito il 19 settembre 1932 mostra

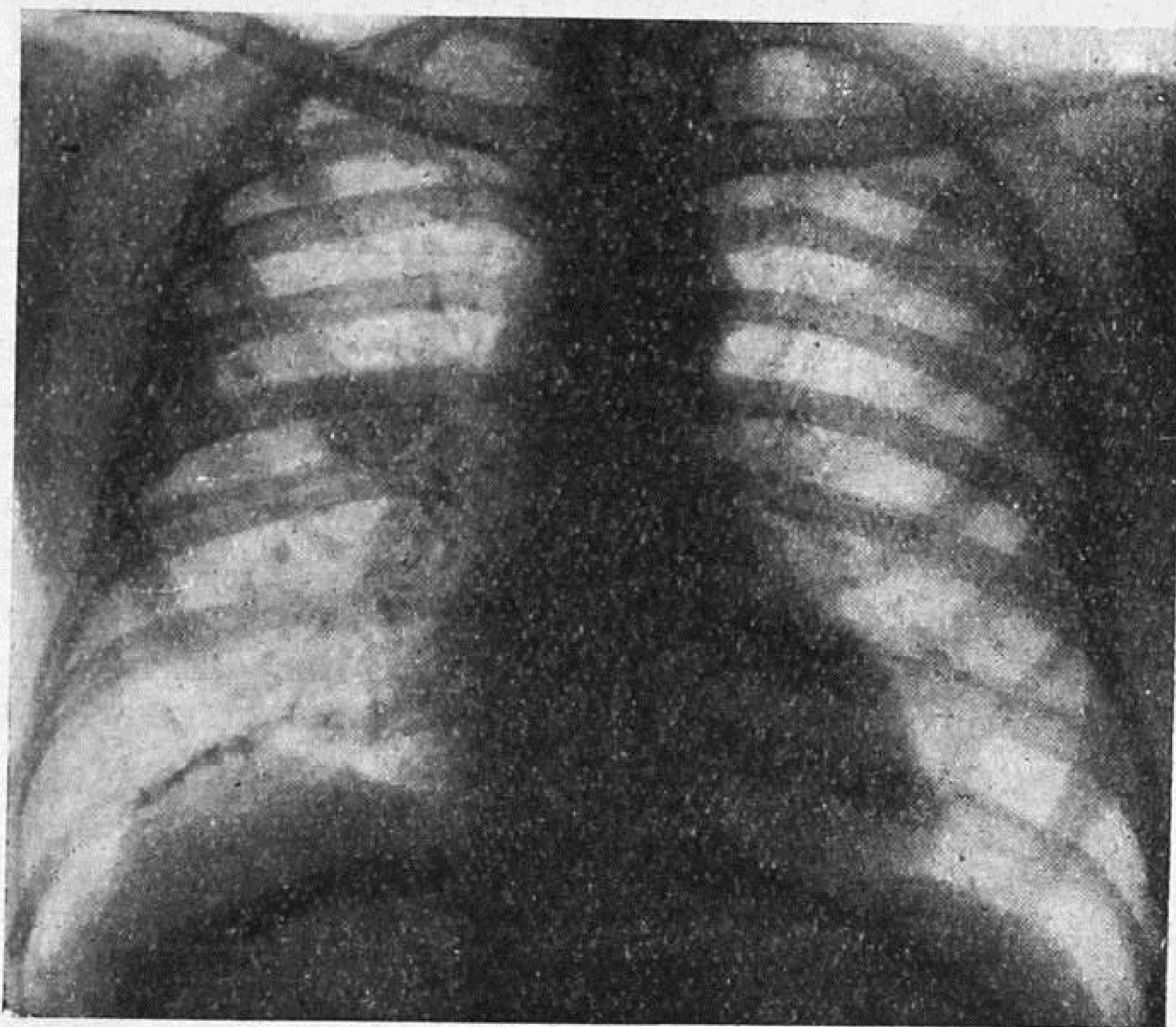


Fig. 4. — Radiogramma eseguito il 25 novembre 1932. (Dopo la cura).

una grossa ombra fortemente intensa, non omogenea, a margini confusi ed irregolari, nel campo medio-toracico destro, della grandezza di un arancio (vedi fig. 3).

Alla fine di settembre fu iniziata la cura diatermica che, con vari giorni di sosta, fu continuata sino al 10 gennaio 1933. In tutto furono praticate n. 56 sedute, senza alcun'altra cura sussidiaria. Dopo le prime quattro sedute il paziente ebbe una reazione pleurica destra con essudato lievemente emorragico, che scomparve dopo pochi

giorni senza lasciare alcuna traccia. Dopo una diecina di sedute scomparve il dolore puntorio, la diarrea e la febbre; migliorarono notevolmente le condizioni generali, l'espettorato si rese meno purulento ed incominciò gradualmente a diminuire (50-60 cc.), mentre la tosse scomparve. L'esame obbiettivo dell'apparato respiratorio mostrò

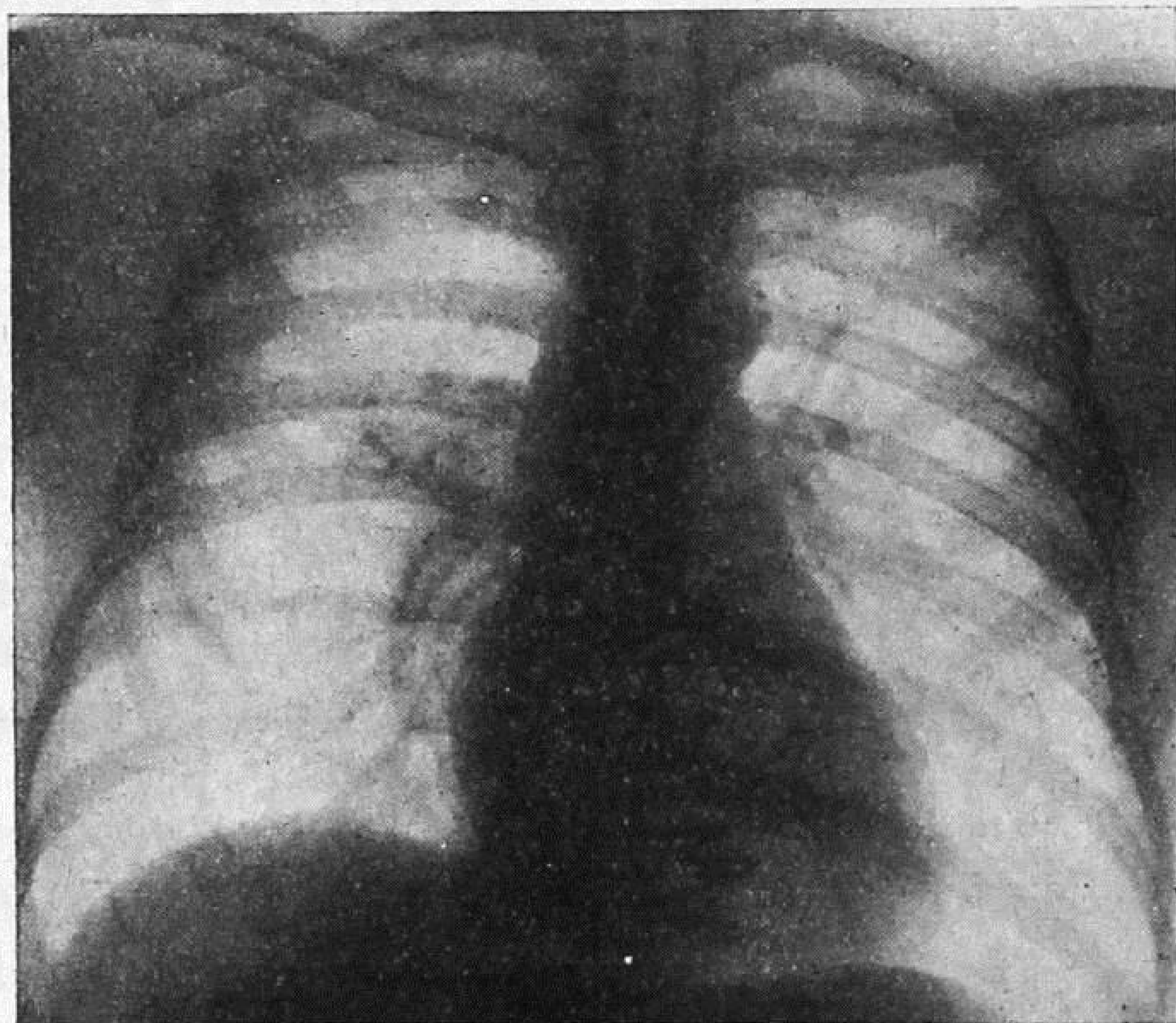


FIG. 5. — Radiogramma eseguito il 17 aprile 1933. (Tre mesi dopo l'uscita dall'Ospedale).

un netto, marcato miglioramento dei fatti polmonari. Il 25 novembre fu fatto un nuovo radiogramma che mostrò una notevolissima riduzione di grandezza e di intensità dell'ombra nel campo medio-toracico destro, ombra che è ridotta alla grandezza di una noce (vedi fig. 4). Dopo il trattamento diatermico l'espettorato si ridusse a 20-30 cc. al giorno; aumentò il peso del corpo ed il paziente non ebbe più nè febbre, nè tosse, nè emottisi, nè affanno allo sforzo. Uscì dall'Ospedale il 9 gennaio 1933 in ottime condizioni generali. Tornò il 17 aprile 1933 (dopo più di tre mesi dall'uscita) a farsi rivisitare e trovai lo stato generale ottimo ed assenza di note semeiotiche abnormi all'esame del torace. Fece anche lo stesso giorno un radiogramma che mostrò pressochè completamente riassorbita l'infiltrazione mediotoracica destra, permanendo soltanto nella regione para-ilare una leggera marezzatura circoscritta (ved. fig. 5).

CASO III. — F. Salvatore, di anni 40, mulattiere. Nell'aprile del 1931 nell'Ospedale di Bracciano fu fatta diagnosi di gangrena polmonare sinistra. In seguito non stette mai bene: ebbe espettorazione abbondante, fetida; tosse, deperimento spiccato. Nel gennaio 1932 ebbe emottisi grave, per cui entrò all'Ospedale di S. Spirito, ove in base al reperto clinico e radiologico fu fatta diagnosi di vasto focolaio gangrenoso occupante il lobo inferiore di sinistra. Furono praticate cure balsamiche (mugolio), lipiodol endotracheale, ma senza alcun vantaggio. Il 2 febbraio 1932, considerando anche che la gangrena era situata alla base di sinistra, fu eseguita la frenico-exeresi sinistra: ebbe in seguito un discreto miglioramento della tosse e della quantità dell'espettorato, ed uscì il 12 febbraio dall'Ospedale. Però le sue condizioni generali e locali dopo l'uscita andarono gradualmente peggiorando: crebbe la febbre e la tosse che si fece emetizzante; l'espettorato fetido aumentò assai di quantità, ebbe emottisi frequenti, per cui chiese ricovero nuovamente nella mia corsia il giorno 10 maggio 1932. Le sue condizioni erano assai gravi; l'espettorato era abbondante (oscillava da 180 a 200 cc.), fetido, di aspetto grigio-verdastro, qualche volta emorragico; aveva tosse con vomito, spesso diarrea, febbre alta (38°,5-39°), dispnea, pallore intenso. Il radiogramma eseguito l'11 maggio 1932, faceva rilevare nel campo polmonare di sinistra un'opacità discreta-

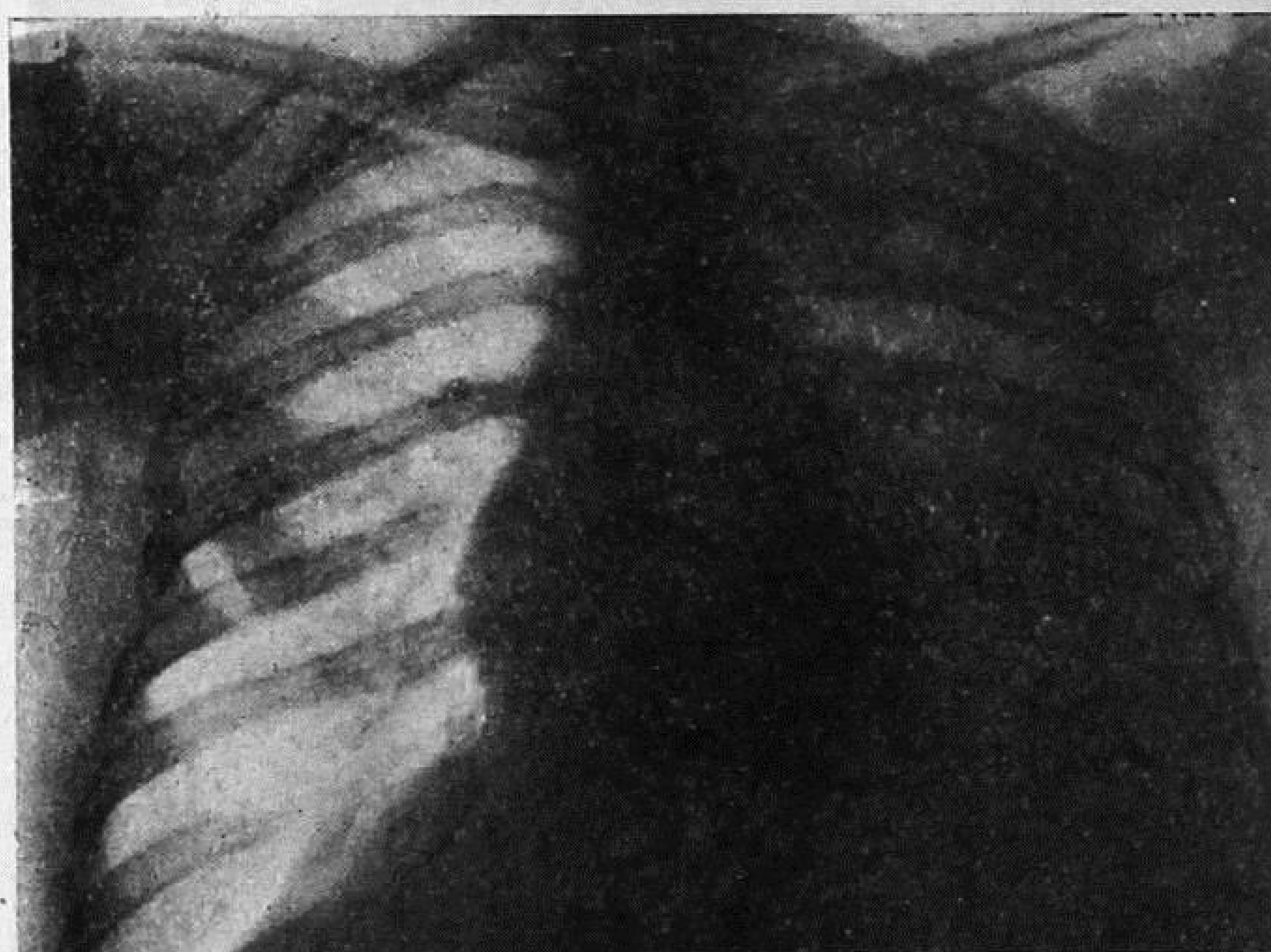


FIG. 6. — Radiogramma eseguito l'11 maggio 1932. (Prima della cura).

mente intensa ed omogenea, totale nella metà inferiore dell'emitorace di sinistra, mentre la metà superiore è opacata meno intensamente e non omogeneamente e sono visibili piccole zone di chiarità (vedi fig. 6).

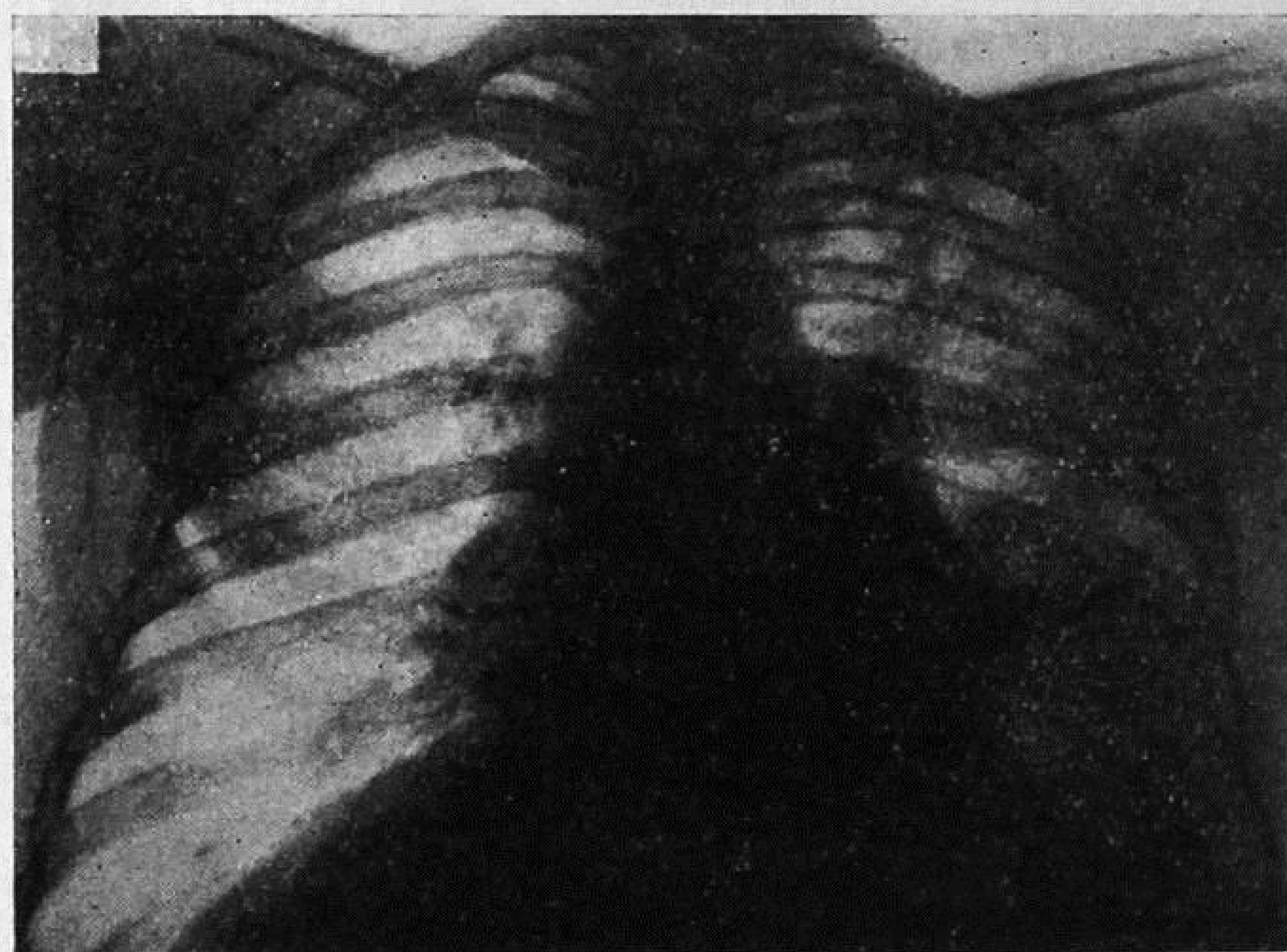


FIG. 7. — Radiogramma eseguito il 1° agosto 1932. (Dopo la cura).

Viene fatta diagnosi di gangrena diffusa del polmone sinistro. Il paziente è sottoposto alla cura diatermica e vengono praticate dal 30 maggio al 9 luglio 1932, n. 29 sedute di 30 m' ognuna. Il miglioramento fu netto ed evidente: l'espettorato perdette in breve il cattivo odore e diminuì assai di quantità sino a ridursi a 40-50 cc.; la tosse emetizzante sparì, e permase solo qualche attacco di tosse specie al mattino; non ebbe più febbre, nè emottisi; le condizioni generali e locali migliorarono ed il peso aumentò di due chili. Il radiogramma eseguito il 1° agosto 1932 mostrò un sensibile miglioramento del quadro radiologico, per la maggiore e netta luminosità riacquistata

dal polmone sinistro, specie nei suoi due terzi superiori (vedi fig. 7). Il paziente però, contrariamente ai miei consigli, volle di sua volontà uscire dall'Ospedale migliorato sì, ma ben lontano dalla guarigione; e non sono riuscito ad avere mai più alcuna notizia di lui.

CASO IV. — L. Umberto, di anni 18, studente. In seguito ad una influenza il paziente afferma che due mesi prima dell'ingresso ebbe lieve emottisi, accompagnata da dolore puntorio alla base destra, da febbre alta; in seguito l'espettorato andò aumentando e si fece di odore nauseabondo. Per questi disturbi entra all'Ospedale di S. Spirito, ove fu fatta diagnosi clinica e radiologica di gangrena polmonare della base destra. Nel reparto chirurgia, ove fu prima ricoverato, venne praticata la frenico-exeresi destra e dopo sette giorni dall'operazione fu trasferito nella mia corsia. Il paziente presentava un cattivo stato di nutrizione e di sanguificazione; l'espettorato era fetido (100-120 cc. giornaliero), grigio-verdastro, con frustoli necrotici, e qualche volta lievemente emorragico; aveva tosse insistente, dispnea, febbre modica (37°,5-38°), diarrea. Il radiogramma eseguito il 10 aprile 1933 mostrava la cupola diaframmatica destra notevolmente rialzata, in conseguenza della frenicotomia, mentre al di sopra della cupola si rilevava una vasta zona d'ombra, che occupava tutta la base del polmone destro, ombra intensamente opaca, omogenea, se si eccettua una piccola area di chiarità nel centro (vedi fig. 8).

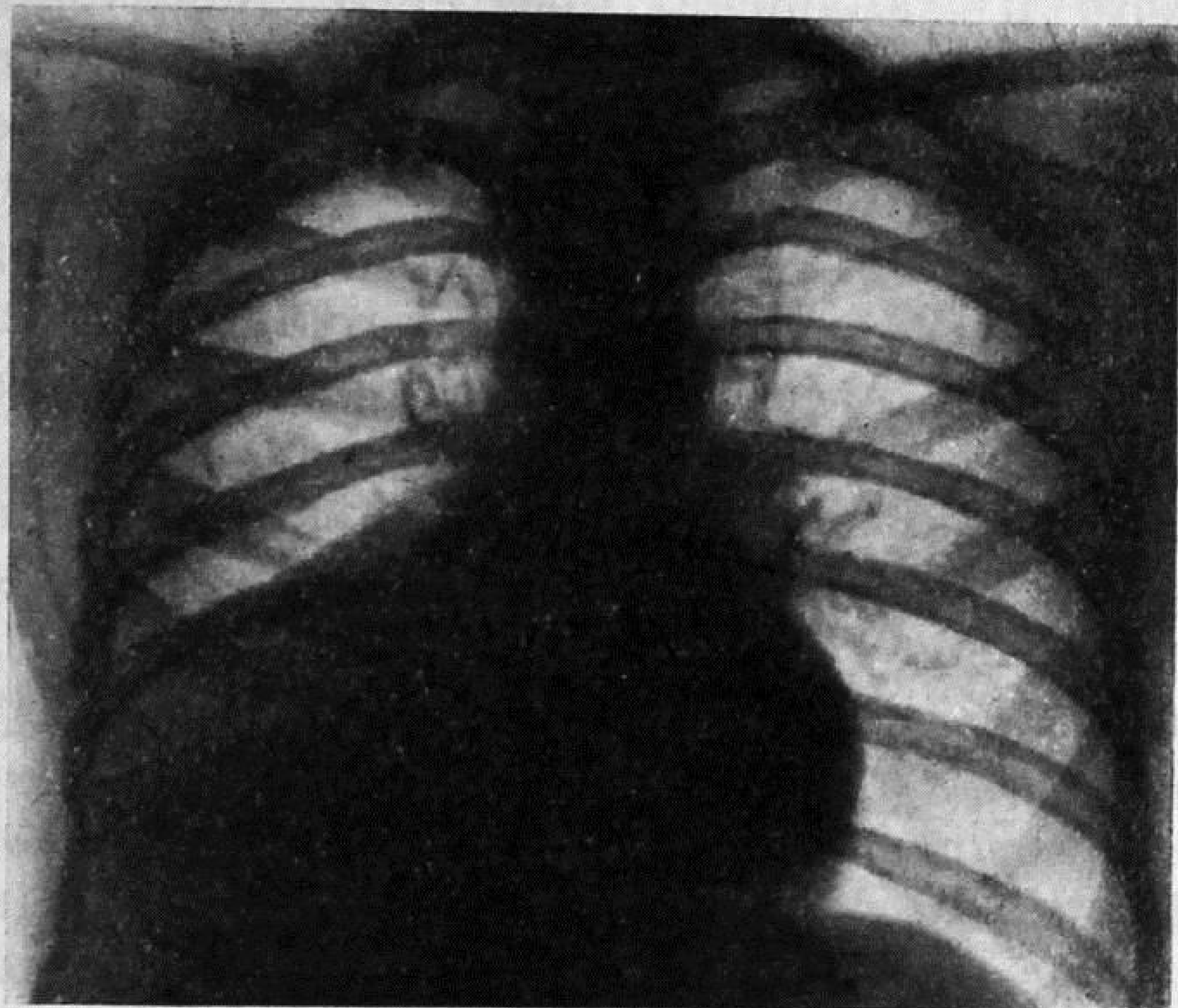


FIG. 8. — Radiogramma eseguito il 10 aprile 1933. (Prima della cura).

Nelle condizioni sopra descritte viene praticata la diatermo-terapia della regione basale del polmone destro, e vengono fatte, con qualche giorno di sosta, n. 40 sedute dal 14 aprile al 5 giugno 1933. Ebbene il miglioramento si verificò subito dopo le prime applicazioni (scomparve il fetore e diminuì la quantità dell'espettorato, cessò la febbre, la dispnea e l'emottisi) ed il miglioramento continuò nettissimo e progressivo sino ad aversi la scomparsa totale dell'espettorato, della tosse e di ogni segno obbiettivo all'esame del torace. Lo stato di sanguificazione e di nutrizione (il peso crebbe di 4 chili) tornò normale. Il radiogramma eseguito il 5 giugno 1933 mostrò la scomparsa della grossa ombra alla base destra, ove permase soltanto medialmente, nell'angolo cardio-diaframmatico una tenue ombreggiatura circoscritta (v. fig. 9).

Il paziente uscì dall'Ospedale in ottime condizioni e stette bene alcune settimane; in seguito fu colto da febbre alta, da dolore puntorio alla base destra, dispnea, tosse, accompagnata nuovamente da abbondante espettorazione non eccessivamente fetida, ma qualche volta emorragica, per cui fu costretto a ritornare in Ospedale. Visitato fu trovato lo stesso reperto clinico della prima volta ed il radiogramma eseguito fu pressochè identico al primo, fatto il 10 aprile 1933 (vedi fig. 8). Ho sottoposto subito il paziente a nuove sedute diatermiche, che attualmente sta continuando e posso assicurare che è già sensibilmente migliorato, sia clinicamente che radiologicamente, mentre l'espettorato, la tosse e la febbre vanno di nuovo progressivamente diminuendo.

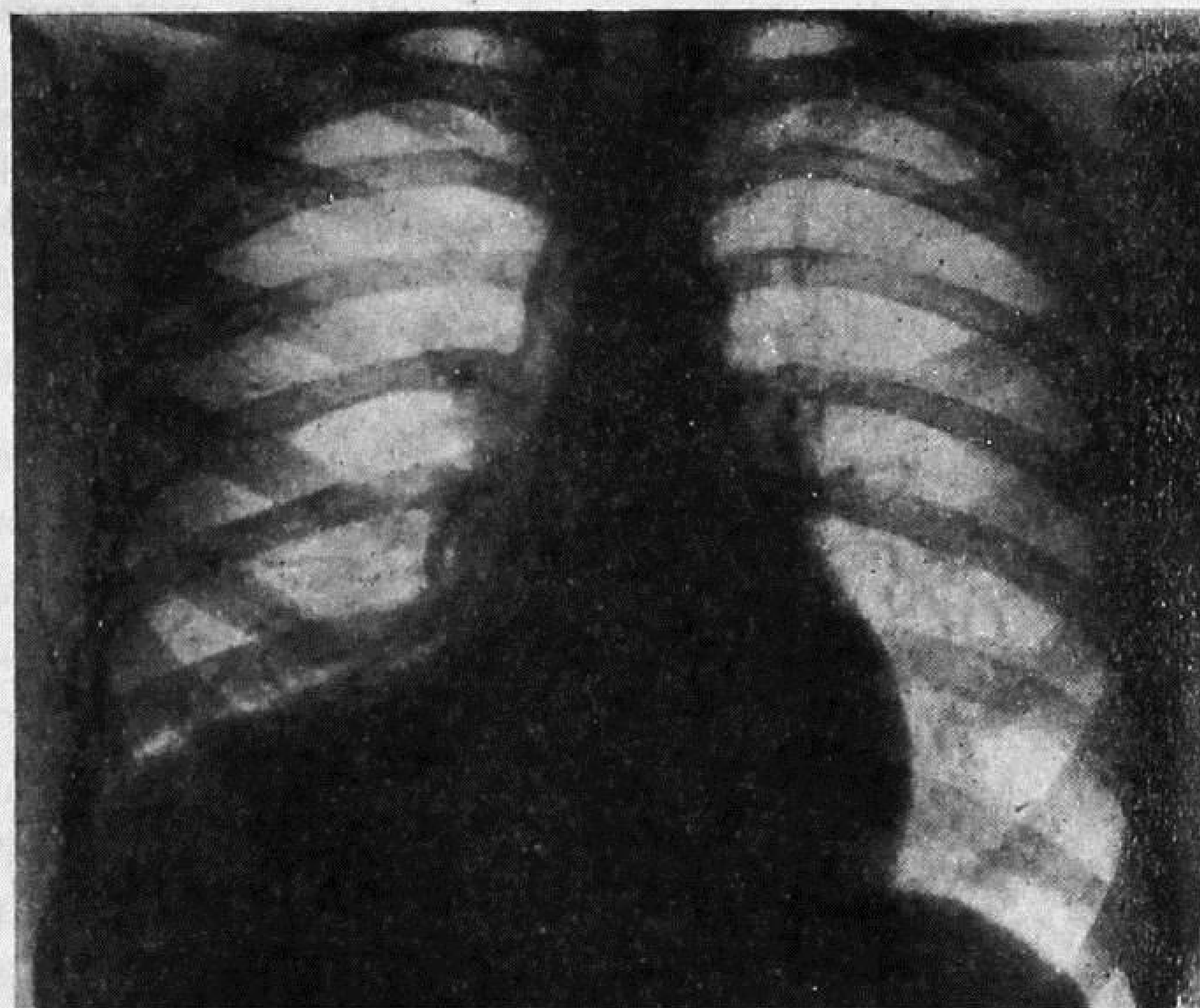


FIG. 9. — Radiogramma eseguito il 5 giugno 1933. (Dopo la cura).

CASO V. — Z. Gerardo, di anni 43, bracciante. Nel dicembre 1927 in seguito ad una vomica abbondante, di odore fetido, emorragica, fu ricoverato in Ospedale, ove venne fatta diagnosi di gangrena del lobo superiore destro. Vi rimase degente sei mesi, durante i quali fece cure balsamiche, iniezioni endovenose di alcool, cura neosalvarsanica, emetina, ecc., ma senza successo; fu pure istituita la cura pneumotoracica, continuata per altri quattro mesi ancora; ma tale cura non portò alcun vantaggio. Nel giugno 1932 gli fu praticata la frenico-exeresi destra ed anche questa non fu apportatrice di alcun beneficio. Il paziente non ha mai più avuto febbre; ma è stato sempre tormentato da dolori puntori a destra, da tosse continua, stizzosa e da emissione giornaliera di abbondante espettorato muco-purulento, spesse volte fetido (oscillante tra 280-300 cc.) e qualche volta emorragico. Il 3 aprile 1933 è rientrato nella mia corsia e l'ho sottoposto a n. 45 sedute diatermiche, ma non ho ottenuto alcuna modificazione del reperto semeiotico del torace, nè alcun miglioramento del quadro radiologico del focolaio gangrenoso. Ho soltanto rilevato una diminuzione netta della quantità dell'espettorato, che da 300 cc. al giorno è sceso alla quantità di 130-150 cc., senza che l'odore fetido di esso si sia più ripresentato.

CASO VI. — R. Domenico, di anni 36, commerciante. Il 5 maggio 1933, preceduta da vari giorni

di malessere e da tosse stizzosa e febbre alta, ebbe una vomica con abbondante espettorato di odore putrido e tinto di sangue; le condizioni generali andarono peggiorando, la febbre non cedeva e le emottisi continuavano. Fu ricoverato all'Ospedale di Tivoli, ove furono fatte cure balsamiche ed una serie di iniezioni endovenose di neosalvarsan. Non ebbe però alcun vantaggio da tale trattamento e fu in seguito ricoverato nel mio reparto, ove fu fatta diagnosi di gangrena circoscritta del polmone destro e venne sottoposto a cura diatermica. Ebbene dopo 20 applicazioni fatte quotidianamente lo stato generale è assai migliorato, l'appetito è aumentato, l'espettorato è andato gradualmente diminuendo (oscillava in principio tra 150-170 cc. al giorno) sino a scomparire; il peso è aumentato di 4 Kg.; e sin dalle prime applicazioni è scomparsa la tosse, l'emottisi e l'affanno. L'indagine radiografica eseguita dopo le 20 applicazioni fa rilevare una scomparsa pressochè completa dell'ombra del focolaio gangrenoso, e permane solo una tenue ombreggiatura nella regione parailare destra. Essendo stato il paziente recentemente sottoposto alla cura diatermica mi è mancata la possibilità di riportare i relativi radiogrammi del torace.

Per quanto il numero dei casi non sia elevato, tuttavia i risultati da me ottenuti con l'applicazione delle correnti diatermiche nell'ascesso (caso II) e nella gangrena polmonare (tutti gli altri casi) sono soddisfacenti e degni di considerazione. In tutti i miei pazienti, ad eccezione del V, sono riuscito ad ottenere in seguito alla cura, netto miglioramento delle condizioni generali, aumento del peso, scomparsa della tosse, della febbre, del dolore puntorio al torace, dell'emottisi, e diminuzione nettissima in alcuni ed in altri scomparsa rapida, graduale, progressiva dell'espettorato e del suo odore fetido. Così pure le condizioni locali del polmone, sulla scorta dei rilievi semeiotici, sono indiscutibilmente migliorate; e la documentazione radiografica soprariportata ne costituisce la più convincente dimostrazione. Soltanto nel V caso, a parte la sensibile diminuzione della quantità dell'espettorato ed il miglioramento delle condizioni generali, non sono riuscito ad ottenere alcuna riduzione del focolaio gangrenoso del polmone destro. Ma in questo caso si trattava di una forma a decorso cronico (le prime manifestazioni morbose si sono iniziate al dicembre del 1927), la quale non ha risentito mai alcun beneficio da tutti gli altri trattamenti fatti in passato (balsamici, neosalvarsan, iniezioni endovenose di alcool, emetina, pneumotorace artificiale, frenicoexeresi destra).

In tutti gli altri casi invece, nei quali le altre cure precedentemente fatte furono senza effetto, come abbiamo visto, il miglioramento è stato nettissimo; anzi nel secondo caso, avendo avuto occasione di rivedere il paziente dopo più di 3 mesi dall'uscita dall'ospedale, ho avuto campo di rilevare la scomparsa dei segni clinici e radiografici della malattia (v. radiografie n. 3-4-5).

Nel terzo caso, pur trattandosi di una forma grave di gangrena diffusa del polmone sinistro, si è ottenuto un sensibile miglioramento di tutti i sintomi; ma l'uscita volontaria del paziente dall'ospedale prima che la cura fosse condotta a termine, impedì di conoscere l'ulteriore decorso.

Nel IV caso il miglioramento spiccato dei sintomi e del reperto radiografico potrebbe presumibilmente essere riferibile alla frenicoexeresi, che, come risulta dalla storia clinica fu eseguita una diecina di giorni prima di iniziare il trattamento diatermico. Non voglio negare che la frenicoexeresi non possa avere avuto qualche influenza sul processo gangrenoso. Però due dati fanno ritenere in questo caso la sicura e prevalente utilità della diatermia. Anzitutto il mancato, pronto miglioramento dopo la frenicoexeresi (dopo dieci giorni dalla operazione le condizioni generali e locali ed i sintomi erano immutati), mentre con le prime applicazioni diatermiche coincise un rapido, graduale miglioramento di tutti i sintomi; e poi sopratutto perchè il paziente dopo un'apparente guarigione di qualche settimana, ritornò in ospedale con lo stesso quadro clinico e radiografico che presentava al suo primo ingresso. Ebbene risottoposto il paziente attualmente a nuove applicazioni diatermiche, si va già riottenendo un sensibile miglioramento di tutti i sintomi (scomparsa dell'emottisi, della febbre, diminuzione della tosse e dell'espettorato). Tale fatto, che ha il valore di un esperimento, lascia con ogni presunzione ritenere che il miglioramento dei segni clinici e radiologici, sia dovuto non alla frenicoexeresi, ma alla diatermoterapia.

Questo mezzo fisico di cura, per la sua azione in profondità, accelerando la circolazione locale sanguigna e linfatica, ed apportando nei tessuti energia sotto forma di calore, favorisce la risoluzione del processo morboso, deterge il focolaio ed agevola i poteri di riparazione dei tessuti. Tale metodo è però controindicato nelle forme acutissime di ascesso gangrenoso del polmone ed in quelle con tendenza alle emorragie gravi. A tale proposito dirò, che quantunque in tutti i casi sopra descritti io abbia costantemente rilevato la scomparsa delle emottisi lievi in seguito alle applicazioni diatermiche, pur tuttavia in un caso gravissimo di gangrena del polmone insorto acutamente, dopo le due prime sedute di diatermia (8 m'. la prima; 10 m'. la seconda), si verificò improvvisamente una emottisi mortale. Ora per quanto sia noto che in casi gra-

vissimi di gangrena polmonare, indipendentemente da ogni mezzo di cura, possono insorgere emorragie imponenti e qualche volta mortali per necrosi delle pareti vasali, tuttavia è bene in tali casi usare la maggiore cautela.

Io ritengo che tale mezzo di cura, da usarsi qualunque sia la topografia dell'ascesso gangrenoso del polmone e la molteplicità dei focolai, *anche se non riesce ad apportare la guarigione definitiva del processo*, potrà in tutti i modi servire a migliorare le condizioni del malato, a ridurre l'estensione del focolaio gangrenoso, a rendere la prognosi meno sfavorevole, a coadiuvare e ad esaltare l'azione di ogni trattamento medicamentoso ed a preparare favorevolmente il terreno per un eventuale intervento chirurgico. Il numero delle applicazioni diatermiche sarà in genere corrispondente alla entità e all'andamento della malattia e del suo quadro sintomatologico.

In ogni modo è sempre bene perseverare a lungo nella cura, diffidando dei miglioramenti passeggeri.

Questo metodo di cura, ben sopportato dai pazienti e le cui modalità tecniche sono semplicissime, merita di essere preso in considerazione per i risultati favorevoli che apporta, in attesa di trarre conclusioni definitive sul suo valore e sulle sue possibilità terapeutiche.

RIASSUNTO.

L'A. per il primo propone la diatermia quale metodo di cura dell'ascesso e della gangrena del polmone. I risultati favorevoli ottenuti (miglioramento delle condizioni generali e locali, miglioramento dell'imagine radiologica, aumento del peso, diminuzione rapida e notevole dell'espettorato, scomparsa della febbre, della tosse, dell'emottisi, del dolore puntorio al torace, ecc.), pur non permettendo un giudizio definitivo, rendono però tale metodo fisico di cura degno di considerazione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SEZIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE CIVILE DI SANTARCANGELO DI ROMAGNA
diretta dal Prof. Dott. A. FRANCHINI

Idro-nefrosi calcolosa bilaterale. Pielolitotomia e nefrolitotomia

per il dott. D. LIOY, aiuto-chirurgo.

Il 13 settembre 1932 entra in Ospedale, accolta d'urgenza, una certa signora B. Maria, di anni quarantanove, casalinga, da S. Leo.

Dall'anamnesi remota famigliare non risulta nulla di notevole: il padre si suicidò molti anni or sono per dissesti finanziari; la madre è vivente e sana e non ha avuto malattie degne di nota. La paziente ha tre fratelli e tutti godono buona salute.

L'inferma ha quarantanove anni. Nata a termine da parto fisiologico, ebbe allattamento materno e sofferse i comuni esantemi dell'infanzia. Mestruò a dodici anni e i flussi mensili si sono sempre mantenuti regolari per durata ed intensità.

A diciotto anni ebbe febbre tifoide, che non ha lasciato postumi apprezzabili. A ventidue anni andò sposa ad un uomo sano. Ebbe nove gravidanze a termine e cinque aborti. Tre bambini morirono in tenera età di malattia imprecisabile; gli altri sei sono vegeti e sani.

La paziente ha goduto fino ai primi di maggio di quest'anno ottima salute accudendo alle faccende di casa e facendo anche lavori grossolani per procacciare il pane ai suoi bambini, poichè non ha risorse finanziarie ed il marito, emigrato qualche anno fa in America, non ha dato più segni della sua esistenza per aiutare la famiglia. Fu appunto in quest'epoca che l'inferma cominciò ad avvertire stimolo frequente all'urinazione, con emissione di urine leggermente ematiche (acqua di carne). Tale stato di cose ha durato fino ai primi di settembre. Non ha mai osservato però formazione di coaguli nelle urine, e solamente verso la fine di ottobre la minzione frequente le procurava bruciore in ogni singola urinazione, la quale si è sempre però ottenuta senza interruzione del getto. Mai febbre. La paziente interrogata pazientemente dice di non aver avvertito mai nessun dolore, o senso di molestia alle regioni lombari, o lombo-iliaca, nè presentemente, nè per lo passato. Mai emissione di piccoli calcoli o sabbia renale per le vie naturali. Le urine, dai primi di settembre, sono diventate più scure, conservando l'urinazione sempre i soliti caratteri or ora descritti. Afferma soltanto che le cure prescrittele dai diversi medici consultati, non hanno portato alcun giovamento e le forze venivano man mano affievolendosi, talchè in questi ultimi tempi è dimagrita non solo, ma ha perso il suo naturale colorito roseo ed il suo peso corporeo è diminuito di circa dodici chili in questi ultimi tempi. L'appetito però si è conservato sempre buono e l'alvo sempre regolare. In questi ultimi giorni, persistendo l'urinazione ematica, che le destava preoccupazioni non indifferenti, si è decisa a farsi ricoverare nel nostro nosocomio, ed è stata accettata d'urgenza per le condizioni che ora descriverò, tanto più che lo strapazzo del viaggio ha contribuito ad accentuare l'ematuria.

E. O. Donna di costituzione scheletrica normale, con pannicolo adiposo scarso e masse muscolari ipotrofiche. Colorito della pelle olivastro-pallido e delle mucose visibili decisamente pallido. Appare in complesso un cattivo stato di nutrizione.

Nulla a carico dell'apparato circolatorio tranne un leggero e dolce soffio anemico presistolico; nulla a carico dell'apparato ganglionare e linfatico; dell'apparato respiratorio, digerente e del sistema nervoso. Non si riscontra nulla nell'esame degli organi genitali, praticando l'esplorazione vaginale combinata bimanuale.

Esame del sangue a fresco: emazie ben colorate, disposte a gruppi, con impilamento notevole. Non anisocitosi, nè poichilocitosi. Gl. r. 4.980.640; gl. b. 13.640; Hb. 60; val. gl. 0,60; R. 1,365.

Formula leucocitaria (col May Grünwald-Giemsa): polinucleati neutrofili 32; p. basofili 1; p. eosinofili —; linfociti 61; G. mononucleati 3; forme di passaggio 3.

Sopra cento elementi contati nessuna forma immatura, nè della serie rossa, nè di quella bianca.

Sieroreazione di Wassermann con III modificazione di Meinicke: negativa.

Esame delle urine: Quantità cc. 350. Trasparenza torbida. Colore decisamente ematico scuro. Reazione debolmente acida. P. S. 1007. Albumina presente. Mucina assente. Sangue, reazione intensa. Zucchero assente. Nel sedimento notevolissima quantità di emazie ben colorate conservate. Discreto numero di globuli bianchi in gran parte alterati. Negativa la ricerca del bacillo di Koch nel sedimento urinario.

Quantità media delle urine nelle ventiquattro ore: 2200 cc.

Pressione arteriosa sull'omerale col Riva-Rocci: Mx. 120, Mn. 100 mm. Hg.

L'indagine anamnestica, i sintomi obbiettivi, subbiettivi e funzionali depongono per una affezione dell'apparato uropoietico e indirizzo le ricerche perciò verso questa via.

I disturbi accusati dalla paziente sono a carico dell'urinazione, la quale è decisamente ematica dal maggio 1932 e nei primi di settembre essa è diventata più carica. Solo negli ultimi tempi si è fatta più frequente e con senso di bruciore. Mai ha osservato formazione di coaguli e l'ematuria ha carattere continuo e totale in ogni singola minzione, senza cioè che l'urina emessa avesse colore più scuro prima, o sul finire della minzione in parola. E questi sono dati importanti per l'indirizzo delle ricerche. Mai la paziente ha accusato dolori di sorta nella regione lombo-iliaca, o lungo il decorso degli ureteri.

L'*ispezione* dell'addome non fa rilevare nulla di anormale, tranne un certo grado di avvallamento e strie da pregresse gravidanze.

La *palpazione*, facilissima per la flaccidità della parete addominale, non fa rilevare nulla di notevole a carico del tubo digerente: ghiandole annesse in sede e limiti normali.

Il *rene destro*, colla manovra d'Israël, si avverte distintamente per i due quinti del volume complessivo e sfugge all'inspirazione, provocando vivissimo dolore. Non risulta ingrandito e la sua consistenza è piuttosto flaccida.

Il *rene sinistro* invece risulta un po' più grande e più ptosico del destro, con consistenza normale, e la palpazione non suscita dolore vivo, ma un leggero senso di molestia sopportabile anche ripetendo l'esame. Non è possibile ripetere l'esame palpatorio a destra, sia perchè l'ammalata si ricusa per il dolore provato, sia per la difesa spontanea della parete e sia ancora per misura di prudenza.

La palpazione dei punti ureterali sia a destra, che a sinistra non provoca dolore, come pure non provoca dolore la palpazione sovrapubica.

La *percussione* dell'addome non fa rilevare nulla di anormale.

Al *riscontro rettale* nulla di notevole.

L'esame obbiettivo e l'indagine anamnestica deponevano dunque verosimilmente per un'affezione delle vie alte urinarie e più precisamente a carico del rene destro. L'assenza di dolore spontaneo passato e presente però escludevano con ogni probabilità una calcolosi dell'organo, sebbene non siano pochi i casi di calcolosi silente descritti nella letteratura.

E procedo senza perder troppo tempo alle altre indagini complementari, non trascurando di somministrare alla paziente i presidi terapeutici che l'urgenza imponeva e che erano anche richiesti dall'estrema sfinitezza della paziente (coagulanti e ricostituenti), oltre alla dieta appropriata.

Esame cistoscopico: Vescica ampia, ben continente e distensibile (circa 400 cc. di H^2O).

Mucosa vescicale normale in tutti i quadranti. Appare solamente molto iniettata la zona del trigono e quella del collo vescicale.

Lo sbocco ureterale destro dà urine nettamente ematiche, con eiaculazione normale; quello di sinistra un po' sfiancato e ulcerato dà urine apparentemente limpide con eiaculazione lenta, ma ritmica.

Il *cateterismo ureterale* destro dà il seguente reperto delle urine: sangue-reazione intensa, albumina, globuli bianchi, cellule di sfaldamento e urati amorfi.

A sinistra: albumina, notevolissimo numero di globuli bianchi in parte alterati e in parte ben conservati, cellule di sfaldamento e cristalli di triplofosfato

La *cromocistoscopia* dà un lieve ritardo (10' circa) nella colorazione dell'indaco-carminio delle urine da ambo gli sbocchi ureterali. F. S. F. nella misura del 20 % bilat. nella prima ora.

L'*indagine radiografica* dei reni, degli ureteri e della vescica, senza mezzi di contrasto, mette in evidenza quanto segue: l'ombra del *rene destro* risulta in sede e limiti normali. Si rileva in corrispondenza della pelvi un'ombra positiva, irregolare nella forma e riferibile a calcolo ad alto peso atomico. Altre due ombre con la stessa intensità di tono si notano, una al polo inferiore e una probabilmente insita in un calice del polo superiore.

L'ombra del *rene sinistro* appare un po' più ingrandita di quella del rene destro. In corrispondenza della pelvi, e riproducente lo stampo di essa, notasi un'ombra omogenea positiva riferibile a calcolo ad alto peso atomico. Altre piccole ombre cogli stessi caratteri notansi nel polo inferiore, e pure riferibili a calcoli ad alto peso atomico, e che si possono enumerare in numero di undici. Nulla rilevasi a carico degli ureteri e della vescica (v. fig. 1).

In conclusione esiste una *calcolosi renale bilaterale* con tre calcoli nel rene destro (uno grosso nella pelvi) e dodici calcoli nel rene sinistro di cui uno nella pelvi riproducente il suo stampo.

Ma ho voluto completare l'indagine radiografica colla *Pielografia discendente* a mezzo dell'Uroselectan B e ho potuto rilevare che il sale opaco comincia a iniettare il rene solamente dopo il decimo minuto dall'iniezione endovenosa, che è sopportata molto bene dalla paziente. Vi è dunque un ritardo dell'eliminazione del sale opaco iodico che a me sembra sia una prova della depressa funzionalità renale.

Al trentesimo minuto dall'iniezione opaca i reni sono bene visibili e si possono studiare le formazioni anatomiche molto bene.

Il *rene destro* si disegna colle solite ombre riferibili a calcoli ricordati sopra. Di più l'organo è tempestato di formazioni cistiche le maggiori delle quali sono poste nel polo superiore. Sembra che vi sia comunicazione a mezzo di saccoccie cistiche tra le ombre riferibili a calcoli del parenchima con quella della pelvi.

Il *rene sinistro* mostra le solite immagini di cal-



FIG. 1.

coli riferite sopra e anch'esso è tempestato di formazioni cistiche, alcune delle quali inglobanti le ombre dei calcoli su riferiti. Le maggiori formazioni cistiche si riscontrano nella parte convessa dell'organo e del polo superiore.

Il terzo radiogramma è tratto dopo cinquanta minuti dall'iniezione del sale iodico.

Il quarto dopo cinque ore e in questo radiogramma la replezione delle cavità cistiche è ancora nettamente evidente.

Esiste dunque un quadro radiologico ben chiaro che depone per un'*idro-nefrosi calcolosa bilaterale* (v. fig. 2).

Dall'indagine pielografica e da quelle precedenti risulta allora una diminuita funzionalità renale e completo le ricerche coll'*azotemia* che risulta di 0,58 per mille e la prova della diluizione e della concentrazione delle urine in due giorni distinti; essa dà valori più bassi della norma. La K. ureosecretoria è di 0,072 (1).

Conclusione radiografica e clinica: idro-nefrosi calcolosa bilaterale.

Giudicato indispensabile una cura chirurgica in due tempi si aspetta ancora qualche giorno, poichè l'ematuria sembra domata, per migliorare le condizioni generali della paziente, defedate dalla lunga malattia, con le comuni cure ricostituenti e dietetiche. Il primo atto operativo fu praticato il 22 settembre 1932 in narcosi generale morfioeterea. Lombotomia destra con taglio obliquo d'Israël.

Scoperta la loggia renale si riscontra perinefrosi adesiva, talchè la lussazione completa del rene riesce difficoltosa per le aderenze forti e tenaci del polo superiore col diaframma. Si riscontra il rene molliccio, quasi fluttuante, per la presenza di sacche idronefrotiche specie nel polo superiore. Sull'indizio del reperto radiografico si pal-

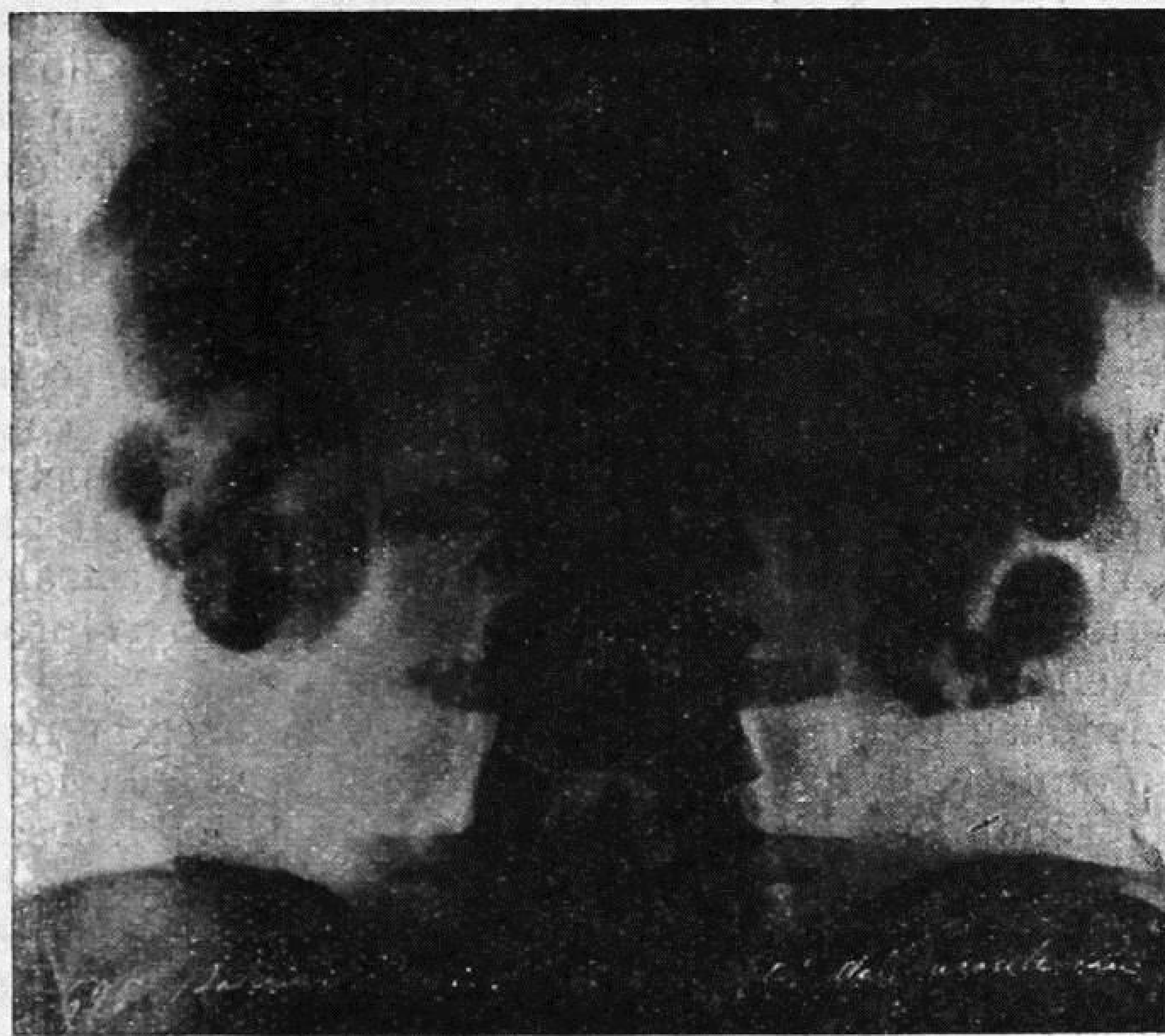


FIG. 2.

pano facilmente i tre calcoli che si estrinsecano con una incisione longitudinale posteriore della pelvi lunga circa 3 cm. L'enucleazione del calcolo pelvico è riuscita abbastanza facile, mentre per gli altri due calcoli si è dovuto ricorrere a delle astuzie di tecnica, poichè si sapeva dall'indagine pielografica che i calcoli su menzionati erano racchiusi in cavità cistiche comunicanti con la pelvi. Allora la pressione sulla convessità renale ha potuto far scivolare nella pelvi i detti calcoli i quali vengono rimossi e controllati con quelli dell'immagine radiografica. Indi sutura con catgut sottile nella breccia posteriore pielotomica. Drenaggio sulla parte più declive del rene con garza e sutura a strati anatomici degli altri elementi. Risveglio post-operatorio normale e andamento postoperatorio buono.

A quindici giorni di distanza la cicatrice ope-

(1) Un altro rilievo degno di nota, ed è il secondo che è capitato alla mia diretta osservazione: dopo l'iniezione di Uroselctan B nelle vene è scomparsa l'ematuria nella paziente, dove i comuni emostatici avevano lasciato il tempo che trovavano. Un altro arresto dell'ematuria potei osservare in seguito ad iniezione endovenosa di Uroselectan B in una donna affetta da nefrite ematurica e alla quale fu poi praticata la decapsulazione del rene con esito felice, come ho descritto in altro lavoro.

ratoria era perfetta. L'urinazione delle ventiquattro ore dette in media nei giorni successivi i soliti valori descritti prima dell'operazione: circa 1700-1800 cc. *pro die*, e coi soliti caratteri chimici e microscopici, ma con assenza di minime tracce di sangue. Il secondo atto operativo, in narcosi morfo-eterea, viene praticato solamente a circa due mesi di distanza e cioè il 15 novembre 1932; e ciò per migliorare le condizioni generali della paziente e perchè si possa riabilitare la funzione del rene operato.

Lombotomia obliqua sinistra con taglio d'Israël. Messa allo scoperto la loggia renale anche qui si riscontra perinefrosi adesiva, ma lo scapsulamento e lussazione del rene per estrinsecarlo dalla breccia operatoria riescono di più facile manovra del rene destro.

Il rene allo scoperto si mostra con delle chiazze grigiastre di consistenza molle, fluttuante, in preda ad idronefrosi riscontrata nell'indagine pielografica. Qui è d'uopo osservare che l'enucleazione del calcolo pelvico, dato il suo volume, non è possibile praticarla con una breccia retropelvica. A ciò si contrappone anche la presenza di altri undici calcoli incuneati nel polo inferiore del rene, i quali sarebbero difficilmente estrinsecabili per la via retropelvica. Allora pratico una breccia nefrotomica sulla parte convessa del rene, breccia che interessa il parenchima cistico fino alla pelvi e parte del polo inferiore, dove sono incuneati gli altri piccoli calcoli. Tutti e dodici i calcoli si estraggono con facilità compreso quello grosso, riproducente lo stampo della pelvi renale.

Indi sutura con catgut sottile della breccia nefrotomica, drenaggio sulla parte declive della loggia renale e sutura a strati anatomici della breccia operatoria.

Risveglio post-operatorio normale e andamento buono, tranne qualche rialzo termico dopo qualche giorno.

L'urinazione delle ventiquattro ore si è mantenuta sempre nei soliti valori, per la quantità giornaliera.

La ferita operatoria è rimasta coalescente per la presenza di una fistola urinosa per circa due mesi, dopo di che si è chiusa spontaneamente.

La paziente riprende man mano le forze e lo stato generale migliora gradatamente, talchè all'uscita dall'ospedale, che avviene nel marzo di quest'anno, le condizioni generali sono ottime, avendo l'inferma riacquistato il peso corporeo primitivo.

I calcoli estratti sono composti in massima parte di carbonato e ossalato di calcio e urati in piccola quantità.

L'esame delle urine, ripetuto più volte durante l'ultimo periodo della sua convalescenza, sebbene si mantenesse con peso specifico basso (1008-1010), pure rivelava assenza di elementi renali, di sangue, di albume e di globuli bianchi.

La paziente, rivista pochi giorni or sono, è di aspetto florido, ed è in ottime condizioni di salute. Le urine non hanno messo in evidenza nulla di notevole e l'urinazione si compie normalmente.

Il caso descritto è di un interesse particolare, sia per quanto riguarda la diagnosi, sia per il trattamento operatorio.

Nell'anamnesi su riferita sono contenuti dei dati clinici importanti. L'ematuria persistente, continua e totale, che durava da mesi, poteva far sospettare altre cause, quali ad es. la t.b.c. renale, il neoplasma, la nefrite emorragica, ecc.; ma l'indagine clinica e sopratutto quella radiologica ha messo in chiara luce la diagnosi. Il rene mobile dà qualche volta ematuria, ma ordinariamente questa si accompagna a crisi dolorose. Nel nostro caso, il reperto palpatorio per questa affezione era negativo, come negativo è stato il reperto radiologico La nefrite dolorosa o non, con ematuria ha un quadro clinico che potrebbe inserirsi nella nefrolitiasi. Intanto nella nostra paziente vi era assenza completa di dolori, nè mai ha sofferto di coliche. E l'ematuria nei diversi esami di urina praticati non si accompagnò mai ad elementi renali di una certa importanza. Ma anche qui il reperto Röntgen chiarisce ogni dubbio. La tubercolosi renale ha qualche volte un quadro clinico che collima con la nefrolitiasi. Ma anche in questa affezione, oltre al reperto urinario vi è la sindrome dolorosa, talora anche tenue, e che nella nostra paziente è sempre mancata. Inoltre nell'esame del sedimento urinario non vi sono stati mai indizi per detta affezione e negativa è stata la ricerca del bacillo di Koch.

E mancando la sindrome dolorosa col restante corteo sintomatologico nel nostro caso è da escludere anche la colica epatica, o l'appendicite.

I processi infiammatori dei genitali della donna possono qualche volta far sorgere dei dubbi: ma nulla è risultato a carico di questi, nè coll'esame esterno, nè coll'esplorazione vaginale e non vi sono neanche indizi anamnestici nell'inferma.

Nei tumori del rene ha un'importanza capitale l'ematuria, accompagnata o no dai dolori, e dalla massa neoplastica che evolve. In questo caso l'ematuria compare fin dall'inizio ed è presente secondo Nicolich, nel 70-90 % dei casi. È però spontanea e non riconosce altra causa cui possa venir riferito, come traumi, strapazzi fisici ecc. Molte volte non è continua ma è sempre totale e qualche volta si riscontrano nelle urine formazioni di coaguli.

Nel nostro caso, se l'ematuria poteva dare seri dubbi su questa affezione, mancava però il reperto palpatorio e anche il dolore. Inoltre le altre indagini cliniche accompagnate dal reperto radiografico e pielografico scartarono senz'altro ogni dubbio per detta affezione.

Stabilita allora la diagnosi di idronefrosi calcolosa bilaterale qual'era il piano terapeutico

che si imponeva? Non vi è dubbio su questo, e appare logico il trattamento chirurgico dell'affezione. Ma prima di accingermi a questo volli saggiare la funzionalità renale. E quanta importanza abbia questa prova non solo per la diagnosi, quanto per la prognosi, è a tutti nota. Sulla complessa e dibattuta quistione della calcolosi renale bisognerà ricollegarsi a tutto il ricambio, e qui non è il caso di dilungarsi. Dirò soltanto che la calcolosi renale è bilaterale nel 20 % circa dei casi ed è sempre grave.

È ancora sul tappeto degli urologi la quistione se il primo intervento debba essere praticato sul rene più malato come propina il Marion, o su quello meno malato, come vorrebbe il Legueu. Il Tenani in Italia ha però operato un caso di calcolosi renale bilaterale simultaneamente, ma in condizioni favorevoli. Nel nostro caso la discussione è superflua, poichè ciò che metteva a repentaglio la vita della paziente era l'ematuria e questa proveniva dal rene destro.

Il tecnicismo poi dell'estrazione dei calcoli è indicato dalla sede e dalla grandezza di questi, oltre alle altre peculiarità anatomo-patologiche del rene malato. Ho scelto come metodo la pielotomia longitudinale posteriore a destra, perchè vi erano condizioni favorevoli per l'enucleazione dei calcoli sopradescritti. Il Nicolich di Trieste è uno strenuo sostenitore del taglio pelvico posteriore, quando le condizioni anatomo-patologiche del rene lo permettono, mentre Rosenstein lo praticava sulla faccia anteriore, la quale non è scevra di pericoli per i vasi. La pratica oggi dà ragione al Nicolich, tanto più che colla pielotomia i pericoli dell'anuria riflessa sono diminuiti. Il secondo atto operativo sul rene sinistro è stato praticato solo a circa due mesi di distanza dal primo, per migliorare le condizioni generali dell'inferma e per dar tempo al rene destro di riabilitarsi nella sua funzione. Il cateterismo destro infatti, praticato qualche giorno prima del secondo intervento, dava come reperto urine normali. Per la calcolosi renale sinistra ho preferito la nefrotomia alla pielotomia, perchè i piccoli calcoli incuneati nel parenchima renale del polo inferiore non potevano essere aggrediti facilmente dalla pelvi e sia ancora perchè il grosso calcolo, riproducente lo stampo della pelvi, difficilmente era movibile, senza fare un ampio squarcio nella pelvi medesima, squarcio che la comprometteva anatomicamente e in seguito anche fisiologicamente. Inoltre le condizioni anatomo-patologiche del rene erano troppo compromesse perchè le manualità operatorie più lunghe e più indaginose pesassero sulla parte della bilancia degli svantaggi. E il risparmio della narcosi, che è durata solo venti minuti nel secondo intervento, è sempre consigliabile nei gravi casi per non aggravare le responsabilità del chirurgo dalle possibili complicanze postoperatorie.

RIASSUNTO.

In donna 49enne, ricoverata d'urgenza, venne accertata idronefrosi bilaterale da calcoli. Erano presenti ematurie provenienti dal rene destro. S'intervenne con pielotomia a destra e, dopo 15 giorni, con nefrotomia a sinistra. Guarigione.

Santarcangelo, 25 luglio 1933-XI.

BIBLIOGRAFIA.

Bacchi. *Calcolosi renale bilaterale trattata con la doppia pielotomia.* Policl., S. P., 1926, p. 1531.

Badin. *Valeur de la pyélotomie dans la néphrolitiasi.* Lyon, Imprimiries réunies, 1908, t. 87.

Bazy. *De la pyélotomie dans les calculs du rein.* Journal d'Urologie, 1913, t. I, pag. 739.

Blum Ultzmann. *Indikationem zur chirurgichen Behandlung der Nefrolithiasis speziell über Pyelolithotomie.* Zeitschr. f. Urologie, 1909, Bd. 3, H. 2.

Borelius. *Zur Frage der Nephrotomie oder Pyelotomie bei aseptischem Nierensteinschnitt.* Folia urologica, 1908, Bd. 2, H. 6.

Boretti. *I risultati remoti della chirurgia della calcolosi renale.* Arch. Ital. Urologia, vol. I, p. 8.

Federoff S. *Zur Klinik und Therapie der Nephrolitiasis.* Zeitschr. f. Urologie, Bd. XVI, H. 2, 1922.

Giordano. *Calcolosi urinaria bilaterale.* Archivio Ital. di Urologia, vol. I, pag. 101.

Herdmann. *Ueber Nierenspaltung.* Deutsche Zeits. f. Chir., 1904, pag. 137.

Kaufmann F. *Trattato di anat. patologica speciale.*

Kummell. *Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis.* Zeitsch. f. Urol., 1908, pag. 193.

Legueu P. *Traité chirurgical d'urologie*, 2e éd. Alcan, Paris, 1921, pag. 999 e seg.

Legueu. In: Encyclopedie Française d'Urologie, Paris, 1914, vol. II, pag. 563.

Marion G. *Traité d'urologie.* Masson et C., Paris, 1921.

Martin Krotoszyner. *Résultats mauvais de la néphrolitotomie.* The Journ. of the Am. Med. Ass., nov. 1913, pag. 168.

Marwedel. *Querer Nierensteinschnitt.* Centralbl. f. Chir., 1907, n. 30, t. XXXIV.

Nicolich. *Urologia.* Unione Tip. Ed. Torinese, 1927.

Pousson. *Traitement chirurgical des calculs du rein*, Journal d'urologie, 1912, t. II, n. 24.

Pousson. *La néphrolithotomie et la pyelolithotomie.* Journal d'urologie, 1922, t. XIV, n. 5.

Rafin. *Calculs du rein.* Lyon médical, t. 132, n. 5, 1923.

Rafin et Arcelin. *Calculs du rein et de l'uretère.* Paris, Maloine, 1911.

Rowsing Th. *Ueber Diagnose und Behandlung der Nierensteine auf Grund 29 jährigen Erfahrungen.* Zeitschr. f. Urolog. Chir., Bd. XII, H. 34, 1923.

SAMPSON HANDELY. *Traitement chirurgical des calculs rénaux*. Journal d'urologie, t. XV, n. 6, 1923.

TENANI. *Pielotomia simultanea bilaterale per calcolosi*. Archivio Ital. d'urologia, vol. V, p. 127.

VON BRUNN. *Zur Chirurgie der Nierensteinerkranlung und ihrer Folgezustände*. Deutsche Med. Wochenschr., 1920, pag. 1070.

WILDBOLZ. *Conséquences de la néphrectomie*. Zeit. f. Chir., LXXXI, 1, 1906.

ZONDEK. *Nefrolithotomie oder Pyelotomie*. 2° Kongr. der Deutsche Ges. f. Urologie, Berlin, 1909.

ZUCHERKANDL. *Ueber Nierenstein*. Arch. f. klin. Chir., 1908, Bd. 87, H. 2.

RILIEVI E COMMENTI.

Prostatiti e infezioni focali.

Riceviamo:

Ho letto nel N. 40 del *Policlinico* l'interessante nota del collega Corelli, della Clinica del prof. Frugoni, e la promessa che fa di tornare sull'argomento, a proposito delle prostatiti *quasi* sicuramente non gonococciche e non tubercolari.

In queste forme nelle quali il reperto solito, in preparati allestiti a fresco, è di polinucleari, grandi mononucleari, eritrociti, cellule prostatiche, cristalli di lecitina, corpi granulosi (ialini e lipoidi) e i corpi amilacei, ho in mente le varie diecine di pazienti osservati durante otto anni nell'Ambulatorio della R. Clinica Chirurgica di Roma, nella classe dei ferrovieri, specie *macchinisti* e *fuochisti*.

E spesso anche ora me ne è dato riscontrarne numerosi, in questa categoria, quale Consulente urologo della Cassa Nazionale delle Ferrovie dello Stato.

In verità, bene ha fatto il chiar.mo collega Corelli a parlare di prostatiti aspecifiche (rispetto al b. di Koch e forse anche al gonococco di Neisser, per quanto sia sempre difficilissimo escluderlo come riuscire sicuramente a identificarlo nel secreto prostatico) ma non di prostatiti abatteriche, in quanto il concetto di infiammazione è inscindibilmente legato per la Scuola di Roma, sempre al fattore infezione nel tessuto o organo colpito.

Ora, sarebbe interessante indagare se queste prostatiti, frequenti nei ferrovieri e spesso anche negli autisti di piazza, non fossero proprio secondarie a infezioni da pregresse localizzazioni tonsillari dovute, per fare un'ipotesi, a particolari condizioni di attecchimento favorevoli, come le perfrigerazioni per la scarsa protezione, nella forte velocità, della testa e torace, mentre altra parte del corpo è esposta al forte calore irradiato dalla caldaia o dal motore, ecc.

Queste osservazioni farebbero così trovare conforto a una parte della tesi di Corelli.

Ringraziamenti e cordialità.

AUGUSTO CASSUTO.

*
* *

Il fatto che tali forme di prostatiti si trovino con particolare frequenza nei macchinisti, fuochisti e in genere coloro i quali vanno facilmente soggetti a malattie di tipo reumatico e tonsilliti, va perfettamente d'accordo con quanto è detto nella mia nota. Anzi, la frequente associazione fra prostatite e tonsillite è stata più volte segnalata, per quanto non disponessi della casistica speciale di macchinisti, fuochisti e autisti. Riguardo alla entità morbosa di prostatite « abatterica » rileverò che in nessun punto della mia breve nota preventiva, la quale è proprio dedicata alla *batteriologia patologica della prostatite*, si trova il minimo accenno a prostatiti « *abatteriche* ».

F. CORELLI.

"Il tossico dell'eclampsia puerperale,,

Nel n. 37 di « Il Policlinico » S. P., alla rubrica « Sunti e Rassegne »: Ostetricia e Ginecologia, è riassunto il lavoro del Bartholomew e del Kracke pubblicato in *Amer. Journ. of Obst. and. Gyn.*, dicembre 1932. Questi autori pensano che il *tessuto placentare alterato*, quale si trova negli infarti placentari, costituisca il tossico dell'Eclampsia puerperale.

Tengo a ricordare che fin dal 1914 nella mia Tesi di Libera Docenza « La clinica e l'anatomia patologica dell'Eclampsia delle gravide » (vol. in 8°, di pag. 500, Ed. Mariotti, Pisa), io considerai il tessuto placentare alterato, che sia o no negli infarti, meglio denominati « trombi delle lacune », quale il tossico della Eclampsia puerperale.

Ed interpretai che nella gravidanza si ha una prima intossicazione, anche se non manifesta, determinata dal tessuto placentare sano (villi coriali) che invade il circolo materno. Tale intossicazione gravidica può limitarsi ai cosidetti « disturbi simpatici » o giungere al vomito incoercibile delle gravide, alla vera e propria epatotossiemia gravidica. Si ha dunque un tossico circolante dato dal tessuto placentare, a cui possono aggiungersi altri veleni di altra natura, dipendenti ed indipendenti dalla gravidanza, che lede i vari organi, e per-

ciò anche la placenta stessa. Qui si ha l'alterazione dell'epitelio di rivestimento dei villi dapprima, poi la rottura di questi e dei loro vasi, con conseguente trombosi della lacuna. Per l'autolisi di questo tessuto placentare alterato, originano delle tossine che possono invadere l'organismo e costituire una nuova intossicazione gravidica quale quella che si riscontra nella sindrome della Eclampsia puerperale culminante nelle convulsioni.

E tale tossico del tessuto placentare alterato, è immesso nel circolo materno prevalentemente dalle contrazioni dell'utero, perciò si ha l'Eclampsia per il maggior numero dei casi, nel travaglio del parto.

Interpretai anche che in questo tossico deve trovarsi pure il sangue fetale per lo scoppio dei villi, dato, oltre che dalla loro alterazione, dall'aumento della pressione arteriosa come avviene in ogni intossicazione.

Con tutto ciò non attribuii però al tessuto placentare alterato l'esclusività nella produzione dell'Eclampsia puerperale, ma lo ritenni bensì quello che si ha generalmente in essa; poichè anche altri tossici, specie se preesiste intossicazione gravidica da tessuto placentare sano e da altre cause, possono cagionare in una gravida l'Eclampsia, come può aversi un'Eclampsia puerperale sperimentale per l'iniezione di sostanze tossiche della più svariata natura (a scopo curativo) in gravide già inferme di intossicazione gravidica.

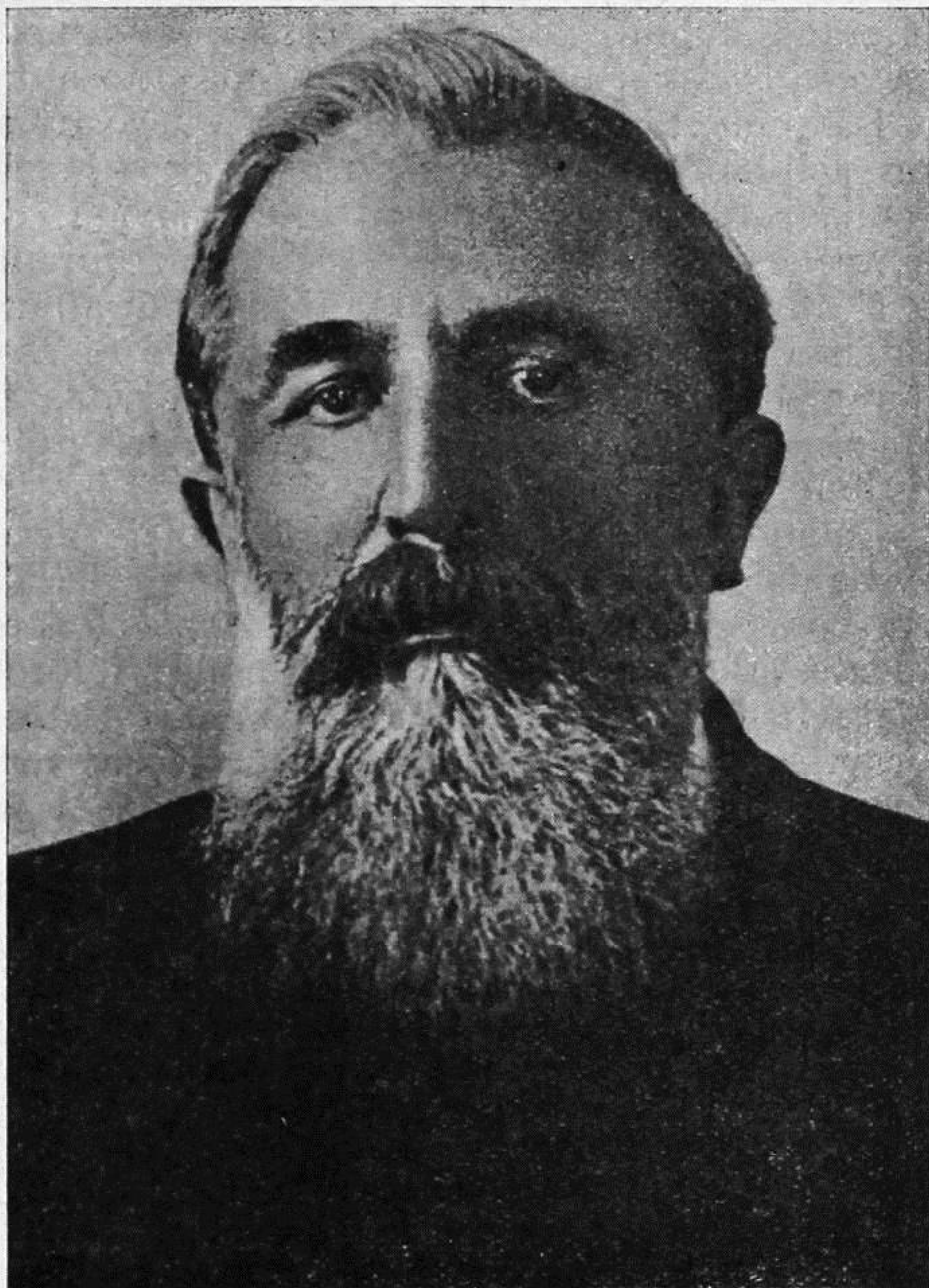
Viareggio, 12-IX-1933 - XI.

Prof. Ernesto Bellandi.

BIOGRAFIE.

PIETRO CASTELLINO

Pietro Castellino non conobbe mai riposo nè tregua nella continua ascesa, nell'indomito ardore di vita e di conquista, nella febbrile attività di studio e di lavoro. E dopo una faticosa giornata, che s'era conclusa con la correzione di numerose bozze di stampa, mentre gioiva degli affetti domestici fra il sorriso dei nipo-



tini, si abbattè fulminato da un'emorragia cerebrale la sera del 30 settembre, a Bacoli, nei Campi Flegrei. Era nato a Montevideo, il 20 novembre 1864, da genitori italiani oriundi di Pietraligure.

La morte dunque gli tese l'agguato che tende ai forti, i quali trapassano senza spasimi e senza agonìa. Nell'esuberanza del talento e dell'organismo Egli aveva potuto compendiare nell'ultima giornata gl'ideali, i desiderî, le fatiche e le soddisfazioni di tutta la sua vita, indugiando con passione ed entusiasmo sulle più moderne questioni scientifiche, prodigando opera e consiglio ai molti infermi che gli si affollavano in casa, cogliendo nell'ingenua pupilla dei pargoli l'espressione della tenerezza e dell'amore. È quindi logico pensare che se la coscienza del momento fatale gli balenò nei brevi istanti del disastro, dovette sentirsi sereno di aver completamente vissuto.

Egli è caduto ancora nel pieno vigore delle forze spirituali e corporee, senza che nessuno

abbia potuto temere lacune di intelletto o segni di sofferenze su quella testa michelangiolesca, dal cui labbro prorompeva un'eloquenza smagliante e fascinatrice per armonia di periodo, calore d'immagini ed arditezza di concezioni. Ora quella voce è spenta e la Clinica medica italiana ha perduto con Pietro Castellino il suo più brillante e significativo esponente.

Il Maestro conseguì venticinquenne la laurea con lode in medicina e chirurgia nell'Università di Genova, nella quale città i genitori si erano stabiliti dopo il rimpatrio dall'America e lo avevano trasferito di appena otto anni.

Da studente di 4° e 5° corso fu allievo interno nell'Istituto di patologia generale ed anatomia patologica diretto dal prof. Salvioli, disimpegnandovi l'ufficio di assistente; durante il 5° anno vinse per concorso il posto di allievo interno nella Clinica medica generale e, cosa veramente meravigliosa per un giovane, fu nominato per il 6° anno di studio vice caposezione di una sala clinica.

Datano da allora i rapporti di filiale devozione da una parte e di paterno affetto dall'altra che per circa mezzo secolo sono costantemente interceduti fra il Castellino ed il prof. Maragliano, il quale adesso ne ha pianto la improvvisa scomparsa, confondendo le sue lacrime con quelle più amare e cocenti della famiglia.

Alla lode della laurea andò congiunto un diploma di onore concesso al Castellino, in segno di particolare distinzione, dal Municipio di Genova; ed appena dopo le vacanze estive Egli fu nominato, in base a concorso, assistente alla cattedra di clinica medica propedeutica tenuta allora dal prof. Queirolo, il più antico allievo del Maragliano, prima che fosse assunto alla direzione della Clinica medica di Pisa. Si disegnano così in questi schematici tratti le figure dei maestri, ai quali il Castellino dovette la sua formazione spirituale e pei quali serbò sempre un senso di profonda riconoscenza.

Presso il Queirolo, a Genova, rifulsero subito nel giovane assistente le doti preclare d'insegnante per la lucidità dell'esposizione e la facilità della comunicativa, tanto che ebbe l'incarico della ripetizione di semeiotica clinica agli studenti del 4° corso. Ma la sua aspirazione vagheggiava il ritorno alla Clinica medica generale, dove erano numerosi i malati da esaminare e più larghi i mezzi di laboratorio per le ricerche a cui già volgeva il pensiero; perciò, conservando sempre col Queirolo i migliori rapporti di fedele ed affezionato allievo, passò nell'anno scolastico 1889-90 come assistente ordinario alla cattedra del Maragliano. Quivi rimase per due anni consecutivi ed ebbe fin dal primo momento, oltre la direzione di una sala d'infermi, anche quella del laboratorio di microscopia clinica: nel periodo autunnale del 1892 tenne un corso feriale sulla *semeiologia e patologia clinica del sangue*, avendo già dato prova di una speciale competenza in quell'argomento, nel quale avrebbe dovuto stampare, accanto al suo maestro Maragliano, orme indelebili nella scienza.

Riconfermato per il terzo anno come assistente ordinario dal Maragliano (1892-93), lasciò per cinque mesi la Clinica di Genova, col permesso del Direttore, per recarsi in un perfezionamento di studi alla Clinica medica di Padova sotto la direzione di Achille De Giovanni, che aveva avuto modo di conoscerlo ed apprezzarne il fervido ingegno e la suadente facondia in un Congresso di medicina interna, mentre si discuteva sul concetto di scrofolosi addominale. Fu anzi il De Giovanni stesso ad invitarlo, e lo nominò Aiuto onorario per quei mesi invernali e primaverili del 1893, durante i quali il Castellino frequentò come assistente volontario anche l'Istituto e le lezioni di anatomia patologica e di batteriologia del prof. Augusto Bonome. Senza dubbio questo rappresenta il periodo più importante per la vita scientifica del Maestro, non per il numero e l'importanza di lavori compiuti, ma per l'orientamento della sua mentalità, in cui si depositavano i germi di quelle dottrine costituzionalistiche di pretta genialità italiana, che dettero più tardi, dopo congruo sviluppo e piena maturazione, frutti ubertosi.

Rientrato a Genova nel giugno dello stesso anno, riprese per poco tempo l'ufficio di assistente effettivo presso il Maragliano; ma quando il Queirolo vinse il concorso di clinica medica nell'Università di Pisa, volle con sè l'antico allievo e lo nominò Aiuto di clinica per l'anno accademico 1893-94, affidandogli in quell'anno e più ancora nei successivi l'incarico di corsi liberi sulla *patologia del ricambio materiale*, sulla *morfologia umana come contributo alla semeiotica clinica*, sulla *patologia clinica del sangue*. L'attività del Castellino a Pisa si esplicò inoltre con l'incarico delle lezioni di patologia speciale medica e di clinica medica propedeutica durante la vacanza del titolare di cattedra nell'anno 1894 e con la supplenza alla direzione dell'Istituto ed all'insegnamento clinico allorchè il Queirolo si ammalò nel 1895.

I progressi si succedevano a vista d'occhio, e verso la fine del 1895, appena dopo sei anni dalla laurea, Pietro Castellino veniva nominato dal Baccelli professore straordinario di patologia speciale medica dimostrativa nella Università di Padova.

A Padova egli si presentò con una prolusione « *Dell'eredità in patologia* » (13 genn. 1896), ricca di conoscenze naturalistiche e filosofiche, indugiandosi su i rapporti tra organo e funzione e portando valido contributo alle dottrine del De Giovanni, al quale si strinse sempre meglio coi vincoli della più affettuosa devozione. Ne divenne così l'allievo più grande, alla quale designazione teneva moltissimo specie quando, già arrivato all'apogeo della carriera

nell'Università di Napoli, era assurto ad astro di massima grandezza nella costellazione clinica italiana. Nè bisogna dimenticare che quegli anni di Padova, i quali andarono fino ai primi del 1899, furono davvero anni di serio raccoglimento, lungi da ogni rumore e da ogni distrazione professionale. Potè infatti attendere non solo alla stesura di un grosso volume sulle malattie infettive ed allo studio dei più interessanti problemi patogenetici e diagnostici della neuropatologia, che allora si venivano ponendo e risolvendo in base alle indagini istologiche del sistema nervoso; ma si dedicò con particolare predilezione e con indefessa operosità alla profonda rinnovazione e quasi rivoluzione della cardiofisiologia e cardiopatologia che era cominciata fuori d'Italia, particolarmente in Germania, in Francia ed anche in Inghilterra, e di cui presso di noi, abituati ai vecchi formalismi della semeiotica classica, non v'era ancora il benchè minimo sentore. Il Castellino raccolse pazientemente quanto fisiologi e patologi sperimentali avevano fatto sulla fisiopatologia cardiovascolare, vagliò le indagini con acume di patologo e sintesi di clinico, ragguagliò con le opportune correzioni l'antico al moderno e scrisse quel trattato in due volumi sulla *Patologia e semeiotica del cuore e dei grossi vasi*, che fu l'araldo di un rinnovamento di scienza e di pratica nel particolare argomento e resta ormai fra i libri classici della nostra letteratura medica.

Meritamente quell'opera, unita a tutti i precedenti lavori, portò il Castellino alla vittoria nel concorso per il posto di ordinario alla cattedra di patologia speciale medica nella Università di Napoli, ove Egli arrivò nella primavera del 1899, non ancora trentacinquenne, entusiasta ed ardito di ogni bellezza, profondamente e variamente colto, eloquente e persuasivo, ricco di un ingegno fortemente penetrativo ed assimilatore, caldo di affetti e superatore di ogni difficoltà. La fortuna non avrebbe potuto essergli larga di doni maggiori, che tanto più erano destinati a rifulgere in quanto il nuovo professore sembrava fatto apposta per l'iridescenza dell'anima napoletana e per la venustà del paesaggio dai vivi colori. A questi Egli attinse nella sua prolusione: dissipò in un baleno qualche piccola foschìa che tentava di dargli un po' d'ombra; ammaliò con la parola carezzevole e nutrita, conquise, trionfò.

Per opera di Lui a Napoli fu ben presto fondato un ambulatorio di medicina interna nell'Ospedale Gesù Maria « col concetto di stabilire un insegnamento triennale, sussidiario non solo all'insegnamento della patologia medica dimostrativa, ma anche a quello della clinica, trovandovi lo studente, oltre l'insegnamento della semeiotica, l'addestramento alla pronta disamina dei sintomi, l'esercizio alla rapida sintesi ed alla rapida percezione diagnostica e lo studio della terapia ».

Queste parole sono sue e dimostrano all'evidenza la preoccupazione che Egli ebbe fin dal primo momento di fornire ai giovani un materiale, per così dire, dinamico e molteplice per l'addestramento diagnostico, quasi presentisse i tempi che mutavano e che già non concedono troppe more di ricami intorno al singolo caso. E quando più tardi fu assunto alla cattedra di clinica, curò sempre in maniera particolare l'ambulatorio, dal quale soleva generalmente prendere gli ammalati per le lezioni piegando il suo alacre ingegno alla fatica e non di rado all'alea dell'ignoto e dell'imprevisto.

Alla cattedra di clinica arrivò piuttosto tardi di fronte alla rapidità delle precedenti ascensioni; ma la ragione fu che, impiantatosi a Napoli come in una seconda patria, non credette più distaccarsene. Altrimenti avrebbe occupato la clinica di Palermo per cui sostenne il concorso nel 1907, riuscendo il primo della terna. Dovette passare quasi un decennio perchè occupasse a Napoli la cattedra della 3ª clinica medica quando il De Renzi andò a riposo per i limiti di età; ma di lì a breve fu direttore della 2ª clinica per la morte del Rummo e nel 1923 divenne il 1º Clinico di Napoli per il ritiro del Cardarelli.

*
* *

Se Genova, Pisa e Padova furono le città della sua preparazione, Napoli — metropoli dalle mille voci e dai mille allettamenti — fu la città ove Pietro Castellino potè spendere tutto il tesoro di energia che gli ribolliva nella mente e nel cuore. Ad un uomo come Lui la cattedra, il laboratorio, lo scrittoio non bastavano per svolgere, accanto alla medicina anzi innestata intimamente alla medicina, l'opera sociale che aveva costantemente caldeggiata. Gli era necessaria la tribuna del conferenziere, e la tenne da maestro della parola alata e della cultura molteplice di biologo, umanista, filosofo, sociologo: Gli era necessaria la tribuna parlamentare, e la conquistò con sudate lotte per il Collegio di Foggia che fu da Lui nobilmente rappresentato per 17 anni continui dal 1904 al 1921. Non fu più deputato quando s'accorse che il suo sacrificio era necessario all'unione degli uomini per il trionfo dei partiti dell'ordine contro il comunismo, ed appoggiò allora il suo antico avversario, promovendo un'opera di pacificazione degli animi; onde Foggia gli decretava la cittadinanza onoraria. Ebbe *ad honorem* la tessera fascista nel gennaio del 1925 per il riconoscimento di questi suoi meriti politici e per l'opera di propaganda svolta nel campo universitario.

Pronto a qualsiasi disagio, a qualsiasi fatica ove la coscienza del dovere lo richiamasse, organizzava spedizioni di soccorso durante l'eruzione vesuviana del 1906 come dopo il terremoto di Messina; fondava e dirigeva i lazzaretti di Foggia nell'epidemia colerica del 1911 e vi

combatteva la campagna influenzale durante la pandemia del 1918. Con lo stesso slancio nel 1910 aveva tenuto lezioni nelle Università di Buenos Aires e Rio de Janeiro, e l'anno seguente in Brasile, con una serie di conferenze alla Sezione della Dante Alighieri, aveva fatto opera fervida di patriottismo italiano.

Si potrebbe pensare che tutta questa massa di lavoro lo distraesse dalla scuola e dallo studio dei problemi e delle applicazioni scientifiche. Al contrario, il fervore della multiforme fatica, tra cui una larga pratica professionale, accendeva in Lui, come il ferro sulla pietra focaia, nuove e più brillanti scintille di pensiero indagatore e di sintesi costruttive. Rimarranno memorabili negli Atti della nostra Società di medicina interna le sue Relazioni ai Congressi, a cominciare da quella sulla clorosi, in cui si esaminano i rapporto fra clorosi, ovaio, tiroide e timo, nonchè quelli fra clorosi e sistema neuro-vegetativo, e si accenna alla opoterapia ovarica e tiroidea in un'epoca in cui appena albeggiavano le prime conoscenze dell'endocrinologia. Venne poi quella sull'artritismo, la quale destò un largo coro di entusiasmo per l'analisi minuta dei problemi ereditarî e per l'inquadratura del concetto dell'artritismo con gli svariati disturbi e le diverse sindromi nella cornice della costituzione, intesa non più come qualcosa di vago e d'indefinito, ma come una entità concreta e calcolabile: più tardi avemmo le Relazioni sulle leucemie, sull'angina pectoris, sulle organonevrosi ed organopatie, nelle quali si ammirava sempre un'orma personale di concetti e di vedute, e spiccava sopra tutto un potere di sintesi veramente portentosa. Nei Congressi, ai quali assiduamente partecipava, Pietro Castellino per la profondità delle osservazioni, per la voce, il gesto, il prestigio era un autentico dominatore.

Dai corsi liberi che Egli impartiva da giovane assistente od Aiuto si argomenta che la prima parte della sua attività scientifica si volse agli studi di ematologia. Si possono contare infatti su tale argomento circa una quarantina di lavori, di cui alcuni in collaborazione col Maragliano, come quelli sulle modificazioni degenerative dei globuli rossi, sulla leucocitemia reale ed apparente, sull'azione modificatrice del siero di sangue su i globuli rossi, sulla necrobiosi lenta dei globuli rossi in condizioni normali e patologiche. In altri lavori il Castellino studiò le alterazioni del sangue nel reumatismo articolare, nella nefrite parenchimatosa, nell'infezione tifoide, nella tubercolosi, nel carcinoma, nella pneumonite fibrinosa; si occupò delle cellule eosinofile, della densità e della coagulazione del sangue, della resistenza delle emazie, della fagocitosi, del fermento emodiastasico, della cura delle anemie emolitiche, ecc. e studiò, specialmente in collaborazione col De Giovanni e col Cavazzani, le modificazioni vasali durante il processo infiammatorio, e l'influenza trofica dei nervi sulle pareti vasali. Tutta questa serie di ricerche analitiche, onde il Maestro si schierò in prima linea fra i nostri studiosi di medicina nell'ultimo decennio dell'ottocento per la novità delle indagini e il numero dei lavori che additavano in Lui una fibra mirabile, gli servì per la compilazione della parte sul sangue che gli venne affidata, in collaborazione col Germano, nel Trattato di Cantani e Maragliano.

È evidente nel suo pensiero una concatenazione logica fra gli studi di ematologia e quelli di cardiologia iniziati a Padova e perseguiti con passione nel primo periodo della sua vita napoletana, quando, circondato da due cari allievi, il Di Cristina ed il La Franca, sceverò in particolar modo l'intrigato capitolo delle aritmie, per le quali propose e sostenne una classificazione in base alle proprietà della fibra cardiaca, fornendo come il filo di Arianna pei meandri del labirinto miocardico. A Napoli però Egli non solo fu l'annunziatore del verbo e dell'orientamento nuovo nei riguardi della cardiologia e risollevò da un passivo schematismo la terapia delle affezioni cardio-vascolari operando cure insperate che parvero miracoli, ma dette un poderoso impulso allo studio delle alterazioni del ricambio, dettando magistrali lezioni, attraverso le quali seguì il corso della materia dalle più semplici organizzazioni alle forme più complesse della vita in condizioni normali e morbose. Poichè della vita Egli cercava le leggi così nella crasi del sangue come nei congegni del metabolismo; e quando consideriamo che rivivevano nel suo pensiero eminentemente figurativo ed acquistavano corpo e colorito gl'insegnamenti del De Giovanni, non è difficile concepire come a Napoli particolarmente il Castellino si dedicasse agli studi costituzionalistici, perchè nessuna Scuola medica meglio di quella aveva scartato gli apriorismi teorici e si era attenuta alla pura osservazione dell'uomo ammalato, e perchè sul suolo meridionale, che risentì gl'influssi della cultura greca, fiorirono le tradizioni della filosofia naturalistica.

Intanto i problemi del sistema neurovegetativo da Lui caldeggiati nelle ricerche sull'innervazione vasale e le questioni endocrinologiche da Lui agitate nella patogenesi e nella cura della clorosi furono nel suo cervello come l'incentivo per una vastissima opera di intuizione, di applicazione terapica e d'insegnamento in materia del complesso sistema vegetativo nel senso moderno dell'espressione, cui consacrò per circa un trentennio la sua attività, suscitando nella scuola e nel laboratorio un vero fermento di idee e di indagini. In lezioni, in conferenze, in consultazioni di ambulatorio, in volumi già pubblicati od in corso di elaborazione trattò i più svariati problemi dell'innervazione vago-simpatica e dell'endocrinologia soffermandosi con predilezione ai rapporti interormonici ed in generale alle corre-

lazioni organiche, come ai vicendevoli legami tra ghiandole endocrine e sistema neurovegetativo; e tutto ciò, nella plasticità della sua esposizione, Gli serviva mirabilmente per la illustrazione dei quadri costituzionalistici che non rappresentano soltanto dei quadri morfologici. Il *consensus unus* d'Ippocrate trovava in Lui il più fedele ed eloquente interprete; e perciò non fu mai concepibile per la sua mente un antagonismo fra innervazione simpatica ed innervazione vagale secondo lo schema di Eppinger ed Hess.

Si può affermare da qualcuno che gran parte di quanto diceva era piuttosto il frutto di lampeggianti ipotesi, che di osservazioni obiettive, ma l'uomo era fatto così ed era nato per correre veloce. D'altra parte è sempre vero il motto di Henle: « il giorno dell'ultima ipotesi sarebbe quello dell'ultima osservazione ». Basti ricordare che quando il pensiero scientifico lo condusse all'applicazione dell'opoterapia epatica alla cura delle anemie tubercolari e poscia delle altre forme di anemia (ciò che dopo venti anni avrebbe formato oggetto di una grande rivendicazione italiana), non mancò di sottoporre con l'allievo Pirera la geniale escogitazione al controllo della ricerca sperimentale.

È anche discutibile per un insegnante di clinica medica quanto Egli stesso diceva del metodismo delle proprie lezioni, le quali sarebbero cominciate « dopo la diagnosi ». Ma bisogna rammentare prima di tutto che in realtà non era sempre così, poichè il Castellino riusciva abilissimo nell'esercizio delle diagnosi differenziali; in secondo luogo il Maestro parlava di una Università dove esistevano altre due cattedre di clinica medica, per cui, dividendosi e completandosi il lavoro dell'insegnamento, la sua lezione poteva spaziare in più larghi orizzonti scientifici. Spesso il caso concreto serviva di occasione ad un fascio luminoso di idee che, illeggiadrite da un eloquio armonioso, trascinavano all'entusiasmo ed erano in massima parte destinate a fecondare il vergine terreno delle menti giovanili.

Per il fervore dell'ingegno e la vastità della cultura Egli mal si adattava al dettaglio che chiamava « chincaglieria » o « paccottiglia »; e perciò appena dietro il clinico vi era in Lui il fisiopatologo generale. In tutto ciò rassomigliava molto ad un altro clinico insigne che Napoli ebbe subito dopo il Risorgimento italiano, Salvatore Tommasi, per il quale nutriva una grande ammirazione fino a volerne il busto nell'aula della sua scuola di patologia e ad intitolargli un periodico di medicina, ove comparve molta messe del suo insegnamento. A questa venerazione per la figura del Tommasi congiunse una profonda ed affettuosa stima per Antonio Cardarelli, mentalità completamente opposta e inchiodata con chiodi d'oro allo studio del singolo infermo; nè mancarono occasioni perchè ad un tale maestro, che egli così rispettava ed invocava, si rivolgesse per consiglio ed aiuto.

L'assiduo ricordo e l'amore filiale per i maestri era una delle più simpatiche caratteristiche di Pietro Castellino, sulle cui labbra i nomi di De Giovanni, Maragliano e Queirolo ricorrevano spesso nelle lezioni e nelle conversazioni: ma il monumento più bello nel cuore e nelle opere Egli aveva eretto ad Achille De Giovanni, alla cui anima ed al cui magistero si sentiva più vicino quanto più andava innanzi negli anni. A proposito di questi, se si guardava al dinamismo dell'uomo, non si poteva pensare a vecchiaia, sebbene in qualche resoconto di giornali quotidiani lo si chiamasse talvolta « vegliardo », mentre Egli quasi se ne compiaceva. Ma il nome era più in rapporto alla lunga carriera accademica, essendo arrivato così presto alla cattedra, ed in paragone alla immensa teoria di allievi che si vantavano di essere stati alla sua scuola, anzichè in rapporto al reale numero degli anni ed alla prestanza delle forze fisiche ed intellettive.

Qualcuno, con l'abitudine delle osservazioni retrospettive, ha notato che negli ultimi tempi si era fatto più emotivo; ma emotivo era stato sempre, dimostrando una spiccata tenerezza per gli studenti che considerava quasi alla stessa stregua dei figliuoli. La sua casa era aperta a tutti, e nella casa, in seno alla famiglia, si temprava alle nobili lotte che sapeva incontrare e sostenere. Dolce dovette essere senza dubbio al suo cuore paterno la vittoria del figlio Nicola che otteneva l'anno scorso, accanto a Lui, la cattedra di medicina del lavoro, nella quale il Maestro vedeva la continuazione del proprio insegnamento applicato alle leggi ed alle discipline sociali quasi come naturale evoluzione della stessa medicina; nè meno belle soddisfazioni si aspettava da Piero, i cui albori di carriera erano stati già coronati da felice successo.

Intanto si apparecchiava per Lui qualche grande avvenimento che avrebbe onorato, nella sua persona, la cattedra e l'Università cui apparteneva. Ma la morte, che la retorica chiama invidiosa, non volle che Egli assistesse alla celebrazione del suo nome. Ed abbiamo tutti impallidito innanzi ad una triste coincidenza: la mattina del 1° ottobre, mentre i giornali pubblicavano la notizia ufficiale dell'indiscutibile priorità della cura epatica attribuita solennemente al Castellino dal Comitato delle ricerche, in altra pagina o proprio daccanto ne era annunziata la morte.

Pietro Castellino è caduto veramente come il soldato di Maratona. Nelle spire del suo sogno greco vi era stata sempre la corsa senza mai sosta per raggiungere la mèta con l'annunzio di una vittoria; e si è abbattuto quando è riuscito a dimostrare che l'Italia ancora una volta nella scienza è antesignana.

FRANCESCO GALDI.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'emicrania.

(P. Bassoe. *Journal American Medical Association*, 19 agosto 1933).

Date le varietà sintomatologiche della malattia e date le scarse conoscenze sulla sua etiopatogenesi, ogni definizione dell'emicrania riesce imperfetta. La più comprensiva sembra quella data da Riley: Una cefalea periodica a carattere invalidante, che culmina in nausea e vomito, spesso preceduta da disturbi visivi e seguita da sonno, con ritorno dopo la crisi od uno stato di benessere relativamente perfetto.

Ippocrate non parla di questa malattia. I primi accenni furono fatti nel primo secolo d. C. da Areteo di Cappadocia che la chiamò « etero-crania ». Dopo circa 50 anni Galeno introdusse il termine « emicrania » che successivamente si corruppe in quelli di « emigranea » e « migranea ».

L'A. ha osservato nella sua pratica privata 270 casi della malattia, ed in base a tali osservazioni ed ai rilievi contenuti nella più recente letteratura è venuto alle seguenti conclusioni.

L'emicrania è il più delle volte ereditaria, s'inizia nei primi periodi della vita ed è più frequente nelle donne.

I sintomi cardinali sono tre: cefalea, nausea, disturbi visivi. A questi possono associarsi altri disordini, che però non sopraffanno mai quelli principali.

È stato notato che esiste un certo rapporto tra epilessia ed emicrania, nel senso che epilettici possono generare figli emicranici e viceversa. Ma il fatto più interessante si è che talvolta nello stesso individuo con l'avanzarsi dell'età le crisi emicraniche sono sostituite da veri accessi epilettici. Tale trasformazione è stata attribuita alla circostanza che gli emicranici più degli altri individui vanno soggetti all'arteriosclerosi, all'ipertensione ed alla sclerosi renale.

L'emicrania predispone alle lesioni vasali del cervello, sia trombotiche che emorragiche.

Le relazioni con la tachicardia parossistica sono molto strette. Le due condizioni talvolta si scambiano come elementi ereditari nel senso che emicranici possono produrre figli tachicardici e viceversa. D'altra parte è stato notato che il parossismo di tachicardia è spesso preceduto da disordini visivi e vasomotori. Infine nello stesso individuo possono coesistere le due affezioni, e talvolta l'una scompare per cedere il posto all'altra.

Molto discusse sono le relazioni con il sistema endocrino. Timme ritiene che i disturbi di tale apparato possono provocare un ingrossamento compensatorio dell'ipofisi e con la conseguente distensione della sella determinare la cefalea ipertensiva, disturbi visivi da eccitazione del chiasma e nervo ottico, nonchè paralisi oculari da compressione di rispettivi nervi. Tale opinione troverebbe appoggio nel fatto che l'emicrania è comune e si riscontra talvolta negli acromegalici.

Ma si obietta che l'emicrania non è nelle malattie dell'ipofisi più frequente che negli individui, i quali non presentano alcun segno di disturbo ipofisario. D'altra parte gli scotomi scintillanti e le emianopsie transitorie dell'emicrania sono molto più affini ai sintomi determinati dai disturbi circolari del lobo occipitale. Infine va rilevato che essendo l'ipofisi un organo mediano mal si spiegherebbe con una sua alterazione l'unilateralità dell'emicrania.

Tenendo conto di tutte queste osservazioni Timme ha modificato le sue vedute, ed in base a numerosi reperti radiologici vorrebbe mettere l'emicrania in rapporto con un'alterazione di volume e di forma della sella turcica di origine ereditaria.

Riley, Brickner e Hurznok di New York in base alla determinazione di ormoni pituitari ed ovarici nelle urine prima e durante gli accessi sono venuti alla conclusione che l'emicrania è dovuta o ad un'iperfunzione dell'ipofisi o ad un'ipofunzione delle ovaia, il che spiegherebbe perchè la condizione è frequente nel climaterio.

È stato rilevato che nell'emicrania, come nell'asma, nell'orticaria e nel così detto neurartritismo c'è uno stato ipotiroideo con fasi reattive di ipertiroidismo. Sta di fatto comunque che gli emicranici si giovano della cura continua di tiroidina.

Comunque se il fattore endocrino è dubbio e non bene assodato non si può negare che nel meccanismo patogenetico dell'emicrania ha una gran parte il sistema simpatico. La recente dimostrazione di fibre nervose nei vasi cerebrali spiega la possibilità di spasmi e dilatazione dei vasi con la conseguente iperemia ed i disturbi relativi (cefalea, scotomi, vertigini, intorpidimenti, afasia, paralisi e convulsioni).

La natura allergica dell'emicrania è stata affermata da parecchi autori, ma le prove finora date non sembrano esaurienti. D'altra parte dal punto di vista pratico si è dovuto riconoscere che è molto difficile identificare nei singoli casi l'eventuale sostanza causa della reazione allergica.

Notevole interesse teorico e pratico hanno le ricerche fatte sulla pressione del liquido cefalo-rachidiano. Kennedy opina che la cefalea localizzata ed i sintomi cerebrali locali dell'emicrania sono prodotti da un edema delle meningi cerebrali, il quale sarebbe provocato da intossicazione alimentare. Quincke, Sicard, Claude trovarono ipertensione del liquor durante l'accesso emicranico. Mingazzini trovò nella cefalea essenziale aumento della secrezione del

liquor ed ottenne in parecchi casi la guarigione mediante la puntura lombare.

Degna di essere ricordata è la così detta emicrania addominale costituita da accessi dolorosi al ventre che sostituiscono gli accessi di cefalea. Bisogna tener presente questa possibilità nei casi di dolori addominali parossistici in individui emicranici o che precedentemente hanno sofferta emicrania.

Le analogie tra epilessia ed emicrania sono molte, ma la più caratteristica è quella che in ambo le affezioni le crisi possono essere sostituite da equivalenti psichici, sopratutto da stati crepuscolari.

I disturbi oculari sono molto frequenti. Si tratta di fatti sensoriali (scotomi, fosfeni, emianopsia, ecc.) ma talvolta anche di paralisi degli oculomotori che iniziano l'attacco e persistono per tutta la sua durata.

La constatazione di Crile che l'ulcera duodenale ed il gozzo esoftalmico sono le malattie della civilizzazione, in quanto sono rare se non mancanti nei selvaggi, può estendersi all'emicrania. Questa è una malattia che si riscontra con più facilità negli strati più evoluti della società.

Le condizioni atmosferiche hanno gran peso nello scatenamento degli attacchi. Gli emicranici, come i reumatici, sono molto sensibili alle variazioni del tempo. Petersen ha notato che gli accessi coincidono con uno stato di relativa alcalosi, dovuta all'improvvisa caduta del tasso di CO_2 nel siero. La più frequente e diretta causa di questa alterazione è l'improvvisa depressione barometrica.

Il trattamento dell'emicrania è sopratutto preventivo: esercizi fisici regolari e abbondanti, evitare la stipsi, non bere eccessivamente, mangiare poco e spesso, eliminando dalla dieta di quegli alimenti che l'esperienza individuale fa ritenere favoriscono la manifestazione degli accessi.

Conviene poi procedere per tentativi ad una cura opoterapica adatta.

I medicinali adoperati sono moltissimi, ma i più efficaci ed i meglio tollerati sono i bromuri, i preparati barbiturici, la cannabis, i sali di calcio. Recentemente sono stati registrati successi con le iniezioni endovenose di un grammo di iposolfito di soda.

In casi particolarmente gravi ed ostinati è stato tentato il trattamento chirurgico (decompressione subtemporale, simpatectomia perivasale della carotide comune e di quella interna, asportazione dei gangli cervicali, legatura della meningea media). DR.

La cisternoterapia: tecnica ed indicazioni.

(M. CASTEX, L. ONTANEDA, F. SOLANET. *La Prensa Medica Argentina*, 9 agosto 1933).

Nella cura di alcune affezioni del sistema nervoso centrale i medicamenti introdotti per le vie usuali, non riescono o riescono in maniera insufficiente a raggiungere la sede dei focolai morbosi: fatto questo dovuto all'azione ostacolante della così detta « barriera emo-encefalica ». È per ciò che si è ricorsi all'introduzione dei medicamenti nello spazio ventricolo subaracnoideo, ricorrendo alla « via del liquido cefalo-rachidiano ».

Le sostanze medicamentose destinate ad essere incorporate per tale via devono possedere, oltre all'azione terapeutica ricercata ed all'innocuità per il tessuto nervoso anche una concentrazione sufficiente perchè detta azione terapeutica risulti efficace.

La via comunemente usata, la lombare, è ottima quando si tratti di agire sul midollo, ma insufficiente e spesso addirittura inefficace quando si voglia agire sull'encefalo. In effetti, il sistema cranio rachideo si presenta come un recipiente chiuso pieno di liquido. Quando in un tale sistema si inietta una sostanza, questa può raggiungere le varie parti del sistema grazie a tre fattori:

1) la circolazione o movimento del liquido nel sistema;

2) la diffusibilità della sostanza stessa;

3) l'azione della gravità.

Ora, in quanto al primo fattore, esperienze di vari AA. hanno dimostrato come l'asserzione di Magendie, che « il liquor si comporta come acqua stagnante » è in gran parte vera: nè basta la posizione di Trendelemburg a modificare tale stato di cose; chè non bisogna dimenticare il rapido assorbimento della sostanza in vicinanza del luogo d'entrata, fenomeno messo in evidenza da vari ricercatori.

In quanto poi alla diffusibilità della sostanza introdotta, non è certamente su di essa che si può contare: i sieri specifici sono infatti assai poco diffusibili e in quanto ai medicamenti (neosalvarsan p. e.) la diffusibilità maggiore sarebbe a spese della loro concentrazione e quindi della loro efficacia terapeutica.

L'azione della gravità infine è la più importante nel meccanismo della spostabilità delle sostanze nel *liquor*. Tale fenomeno è in rapporto al peso specifico della sostanza stessa, a quello del l. c. r., alla pressione di questo e alla posizione del corpo.

Ma questa azione è in qualche modo praticamente sfruttabile soltanto quando la densità della sostanza da iniettare è maggiore di quella del *liquor*.

Vantaggi della vita cisternale. — La *cisterna magna* rappresenta il punto d'incrocio di tutto il sistema ventricolo sub-aracnoideo: in esso una sindrome precoce, ma sicura di d. p., si ebbe nel 46 % la possibilità di ritorno al lavoro e nel 35 % un netto miglioramento. Il 42 % di questo gruppo presentò netta negatività del *liquor* dopo la cura con malaria. (Tutti i dati sono basati sullo stato clinico e siero-

logico del paziente alla distanza di almeno un anno dalla cura).

In tutti questi paz. gli AA. hanno praticato, dopo la malarioterapia, un breve periodo di cura con arsfenamina, mercurio o bismuto.

Demenza paralitica asintomatica (sine paresi. — In questi casi i risultati ottenuti sono stati oltremodo soddisfacenti. Sono compresi in questo gruppo soltanto i casi in cui la diagnosi era basata soltanto sulla positività delle reazioni sul *liquor*: di 85 paz. il 78 % mostrò un netto miglioramento clinico e il 49 % presentò, in seguito alla cura, negatività delle reazioni sul *liquor*, che si è in seguito a lungo mantenuta.

Forma tabetica della demenza paralitica. — In questo gruppo, i risultati, per quanto soddisfacenti, sono meno evidenti che nel gruppo precedente. Si tratta in tutto di 65 casi, nel 55 % dei quali il progresso della malattia fu arrestato, mentre in un altro 39 % si ebbe un netto miglioramento che permetteva ai pazienti di compiere le proprie occupazioni.

Nessuno però dei segni obiettivi della malattia (Argyll-Robertson, Westfall) fu influenzato dalla cura.

Soltanto nel 24 % si ebbe un ritorno alla negatività delle reazioni sul *liquor*.

Tabe dorsale. — I pazienti furono divisi in quattro gruppi:

a) pazienti evidentemente tabetici con reazioni del *liquor* positive. Su 116 di tali casi si ebbe il 42 % di netti miglioramenti e il 41 % di miglioramenti discreti. Nel 43 % si ebbe ritorno alla negatività di tutte le reazioni sul *liquor*. Ma il miglioramento clinico fu in alcuni casi evidente: aumento di peso, diminuzione di frequenza e di severità delle crisi gastriche, ritorno della *libido*. Da notare che, nei casi in cui vi sia un notevole interessamento della parte inferiore del midollo bisogna malarizzare con molta cautela: gli AA. hanno avuto due casi di paraplegia completa durante la malarioterapia;

b) paz. tabetici con crisi gastriche e reazioni sierologiche negative. La negatività del *liquor* di questi paz. (in tutto 25) era nella maggior parte dei casi da ascrivere ad un intenso trattamento antiluetico, che non aveva però influenzato le crisi gastriche. Queste, in seguito a malarioterapia, sono scomparse nel 31 % dei casi, mentre nel 56 % si ebbe notevole diminuzione dell'intensità e della frequenza degli attacchi stessi;

c) paz. tabetici con dolori lancinanti e reazioni del *liquor* negative (12 casi). Qui soltanto nell'11 % si ebbe scomparsa dei dolori e miglioramento nel 22 %;

d) pazienti con atrofia primaria dell'ottico quale complicazione della tabe dorsale. Anche in questo gruppo di 48 casi l'atrofia dell'ottico era quella che aveva resistito al trattamento antiluetico. Si ebbe nel 14 % arresto temporaneo del processo di diminuzione del visus, nel 22 % ritardo di questo processo: negli altri casi invece diminuzione del campo visivo fino a cecità completa durante il corso della cura.

Neurosifilide asintomatica. — Sono inclusi in questo gruppo quei casi in cui la reazione del *liquor* erano positive ma in cui il quadro clinico non era sufficiente a permettere una sicura diagnosi di neurolues.

In questi 75 pazienti, seguendo il concetto che la malarioterapia serva a stimolare le difese organiche contro l'infezione, fu anzitutto praticata una intensa cura antiluetica senza che per ciò la reazione del *liquor* diventasse negativa, mentre tale negatività si ebbe, in seguito a malarioterapia, nel 42 % dei casi e nel 39 % soltanto la R. W. rimase positiva mentre le altre reazioni divennero negative. Tali reversioni sierologiche apparvero un anno circa dopo la cura con malaria e si sono mantenute.

Neurosifilide ereditaria. — I risultati ottenuti su 17 pazienti furono scoraggianti. Soltanto nell'8 % si ebbero buoni risultati dal punto di vista clinico e nel 25 % dal punto di vista sierologico.

Un gruppo misto con neurolues vascolare, meningo-vascolare, meningo-mielite, meningo-encefalite. In tutto 12 casi con risultati negativi: questi pazienti ebbero invece netto beneficio da una intensa cura antiluetica.

Concludendo, dall'insieme delle loro osservazioni, gli AA. credono di potere affermare che nei casi di neurosifilide in genere, in cui il comune trattamento antiluetico, anche intensamente praticato, non abbia dato risultati soddisfacenti, la malarioterapia sia non solo opportuna ma anzi necessaria, potendosi con essa ottenere se non la guarigione, certo netti miglioramenti con arresto o anche regressione della sindrome morbosa. G. LA CAVA.

MISCELLANEA.

Sindromi nuove: la xantomatosi cranio-ipofisaria.

(G. NORSA. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 25 giugno 1933).

È questa una malattia rarissima i cui sintomi essenziali sono i seguenti: lacune nelle ossa craniche, diabete insipido e disturbi dello sviluppo. È una malattia dell'infanzia, più frequente nel sesso maschile.

Il diabete insipido è notevole per la polidipsia e poliuria intense. Non sempre sono evi-

denti le lacune ossee. La radiografia rivela lieve allargamento della sella turcica e lesioni o perforazioni ossee caratteristiche: il tessuto osseo è del tutto scomparso: le perforazioni sono limitate da bordi netti circolari tagliati a stampo. Sedi elettive sono il frontale, il parietale, la squama del temporale. All'esame clinico non sempre queste lesioni sono chiaramente apprezzabili: in alcuni casi però le lacune sono facilmente palpabili, cosicchè si ha l'impressione della scomparsa completa dell'osso, rimpiazzato da una semplice membrana. Se le lacune sono vaste, il cranio rammollito è asimmetrico, irregolare, deformantesi per la pressione: cranio di gelatina di Moreau. L'esoftalmo, costante, è molto accentuato e spesso monolaterale; il viso è tumido ed appare piccolo e misero in rapporto al cranio.

L'esame radiologico della faccia mostra talora lacune nelle pareti dell'orbita e nei mascellari. Così pure notansi lacune negli ilei e nei femori che a causa di vaste zone osteoporatiche vanno soggetti a fratture spontanee.

A causa del notevole arresto di crescenza può aversi anche un vero nanismo: l'assenza dei caratteri sessuali secondari produce un infantilismo tipico.

Altre localizzazioni xantomatose possono essere: tumefazioni ghiandolari, aumento di volume del fegato e della milza, xantomi cutanei localizzati.

Importante è lo studio della composizione del sangue; fortemente aumentato è in alcuni casi il colesterolo del siero e i lipidi. Normale è il metabolismo basale.

La evoluzione più abituale è l'aggravamento progressivo della malattia; la volta cranica scompare, lo stato generale diviene sempre più scadente, metastasi xantomatose appaiono nei polmoni e nel fegato e la morte sopraggiunge in stato di cachessia.

La malattia dura da alcuni mesi a parecchi anni e può anche guarire spontaneamente.

Facile è la diagnosi quando la sintomatologia è completa. Le forme incomplete, frequenti, danno luogo a discussioni troncate solo dall'esame istologico: la puntura delle lacune permette di tirar fuori cellule xantomatose caratteristiche.

Le lacune isolate possono far pensare a perforazioni luetiche o tbc., a meningiomi, a cloromi. La cura è quella della ipercolesterinemia: tiroide, insulina, regime senza grassi. La somministrazione di ipofisi ha azione sopratutto sintomatica nel diabete insipido.

La radioterapia agisce rapidamente sulle lacune che si riempiono e spariscono: contemporaneamente lo sviluppo somatico e sessuale riprende. Purtuttavia è difficile parlare di guarigioni definitive, perchè non è raro veder ricomparire in altre parti, nuove lesioni xantomatose.

L'origine della malattia risiede nel formarsi della xantomatosi. Le autopsie hanno dimostrato che le lacune sono colmate da tessuto molle-giallo o bruno; la dura madre è invasa da neoformazioni xantomatose nodulari-gialle, capaci di infiltrare anche la corteccia cerebrale.

La sella turcica è colpita assai di frequente. L'ipofisi è talora circondata da un manicotto di sostanza xantomatosa. Tali lesioni xantomatose infiltrano diverse regioni dello scheletro e molti organi cutanei.

L'esame microscopico mette in evidenza le tipiche cellule anisotrope che si colorano col Sudan III, e le granulazioni che si colorano in nero con l'acido osmico.

La patogenesi della xantomatosi è stata assai variamente interpretata. Chauffard e Grigaut hanno dimostrato l'origine ipercolesterinemica dei xantomi e tale teoria è stata confermata da studi sperimentali ed istologici recenti.

Ma d'altra parte altre ricerche sono in contradizione con queste ed in conclusione si può dire che non si hanno concezioni precise e sicure sulla natura vera della lesione essenziale.

Vicentini.

L'uso dell'ergosterina irradiata nella cura dei cosiddetti reumatismi cronici.

(G. Sabatini. *Rif. Med.*, 26 agosto 1933).

Il criterio nosografico distintivo oggi più universalmente accettato è quello che suddivide i reumatismi cronici in due classi principali: le *artriti croniche* o *artritidi* o *reumatitidi*, le quali sono distinte ed individualizzate dalla etiologia quasi sempre infettiva e dalla natura della lesione quasi sempre infiammatoria, e le *artrosi* o *reumatosi*, che sono caratterizzate dalla etiologia quasi mai infettiva ma generalmente costituzionale, endocrina, meccanica, ecc. e dalla natura della lesione quasi sempre degenerativa e non infiammatoria.

Questa distinzione in due classi principali e le altre secondarie suddivisioni, che vengono fatte, non infirmano l'unitarietà del concetto dei reumatismi cronici ma lo rinforzano, e con le differenziazioni e precisazioni delle singole forme costituenti i gruppi le danno confini e attributi bene determinati e quindi dignità e individualità sempre maggiori.

Da questo modo di considerare i reumatismi cronici scaturiscono interessanti e precise norme terapeutiche. L'indirizzo curativo in materia di reumatismi cronici deve essere speciale per ogni singola forma e per ognuna di queste deve sforzarsi a raggiungere il tipo di terapia etiologica, obiettivo che è stato ottenuto per alcune forme di artriti croniche a germe noto e per le artriti di origine endocrina.

Ma anche quando questo obiettivo fosse raggiunto, bisogna ammettere che resterebbe sem-

pre necessaria una terapia generale, che si rivolgesse cioè a combattere le cause (e le conseguenti alterazioni) comuni a tutte le forme di reumatismo cronico: fattori ed effetti comuni da cui derivano quei caratteri clinici comuni che permettono il raggruppamento delle varie forme, sotto il titolo unitario di reumatismi cronici.

Nel gruppo di questi rimedi costituenti la terapia generale, l'A. segnala l'ergosterina irradiata.

Se molte speranze sulla possibilità di ottenere grandi risultati dalla ergosterina irradiata in molti stati morbosi, come p. es. nella tubercolosi, sono cadute, l'ergosterina irradiata ha tuttavia trovato il suo impiego nella cura o nel tentativo di cura di molte malattie, oltre le forme di rachitismo, per le quali era stata inizialmente designata.

Essa è stata usata con buon effetto nella tetania, nell'osteomalacia, nella consolidazione delle fratture, ed usata con risultati dubbi o nulli nelle diatesi essudative, negli eczemi, nell'ozena, nelle malattie dentarie, in ostetricia, nelle anemie, nell'emofilia, nelle cachessie, nella foruncolosi, nell'asma bronchiale, nella tubercolosi. Non è stata mai usata, prima dell'A., nella terapia delle varie forme di reumatismo cronico.

L'idea teorica che ha condotto l'A. ad adoperare in queste forme morbose l'ergosterina irradiata è l'esistenza nel reumatismo cronico di alterazioni del ricambio del fosforo e del calcio e di alterazioni nella struttura e composizione chimica delle ossa, le quali si trovano insieme alle lesioni dei tessuti molli articolari e non sono troppo lontane o diverse dalle analoghe manifestazioni che stanno alla base anatomo-clinica del rachitismo e dell'osteomalacia.

I risultati pratici corrisposero al presupposto teorico e l'A. ha potuto nella terapia del reumatismo cronico registrare netti risultati favorevoli, con l'uso dei vari preparati di ergosterina irradiata.

I casi curati sommano a 20. Si è trattato sempre di soggetti di età media od avanzata, con forme di reumatismo cronico deformante, anchilosante, progressivo, uricemico, gottoso.

Particolarmente rapido fu l'effetto terapeutico in due casi che l'A. riferisce in sintesi. In tutti i casi il beneficio dell'ergosterina irradiata si è manifestato con la massima evidenza mediante la regressione dei due disturbi articolari fondamentali: *dolor et functio laesa.*

Nella imprecisione che tuttora esiste riguardo le conoscenze generali sul meccanismo di azione della vitamina D e dell'ergosterina irradiata l'A. non crede che sia possibile, se non per via di ipotesi, di interpretare la maniera di agire del preparato. La sua possibile azione sul trofismo osseo e sul ricambio calcico e minerale in genere rimane l'unica possibile interpretazione della sua efficacia curativa nei reumatismi cronici.

La cura è scevra di inconvenienti ed a lungo andare non produce nè assuefazione nè ipersensibilità. Può essere senza pericolo praticata anche ai vecchi. Essa merita pertanto di essere attuata largamente. C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Neue deutsche Klinik. Pubblicata sotto la direzione di G. e F. KLEMPERER. X Volume ed Indice alfabetico. Due voll. di rispettive pagine 797 (con 186 fig. e 2 tav. col.) e 143. Urban e Schwarzenberg edd. Berlin e Wien. Prezzo rispettivo RM. 30 e 6 (rilegati 36 e 8).

Si conclude con questi due volumi, questa opera monumentale che, nei dieci volumi consta di oltre 8000 pagine, con oltre 2000 figure ed oltre 70 tavole, in gran parte colorate. I collaboratori sono stati circa 230, scelti fra i più noti scienziati, ognuno dei quali ha trattato l'argomento su cui aveva una competenza speciale, sicchè troviamo qui riunite tutte le nozioni più sicure e più recenti nei singoli campi della medicina. La materia — che riguarda essenzialmente la medicina interna, ma che considera anche tutte le altre branche (chirurgia, specialità, medicina sociale, ecc.) — è trattata in monografie (alcune delle quali comprendono anche più di 100 pagine) disposte per ordine alfabetico). Il ricchissimo indice alfabetico, che forma un volume a parte permette poi la facile ricerca dell'argomento che interessa.

Il X volume va da « Skorbut » a « Zirbel »; vi troviamo trattati fra l'altro: Igiene e medicina sociale (A. Fischer); Disturbi del linguaggio; Afasie e disturbi della parola (E. Forster e S. Flatau); Sifilide (A. Buschle e A. Joseph); il trauma come causa di malattie interne (R. Stern); Malattie tropicali (vari autori); Uremia (F. Volhard e E. Becher); Il complesso sintomatico varicoso (W. Baetzner); Malattie dei denti; loro significato per la medicina interna (J. Citron).

Uno dei meriti di questa pubblicazione — così rari a trovarsi in opere di tal mole — è la rapidità con cui questi dieci volumi sono stati pubblicati (5 anni), il che evita l'inconveniente che alla fine della pubblicazione i primi volumi siano invecchiati in confronto degli ultimi. Ad ogni modo, per tenere al corrente i lettori dei progressi della medicina, completando l'opera nelle parti che abbisognano ulteriore sviluppo, la Casa editrice verrà publicando un supplemento dal titolo « Klinische Fortbildung ».

fil.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXIX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Pavia, 18-21 ottobre 1933).

L'inaugurazione

(In comune col XL Congresso di Chirurgia).

Il 18 corr. si sono inaugurati, con cerimonia unica, in Pavia i due Congressi di Medicina e Chirurgia, alla cui organizzazione hanno presieduto il prof. Adolfo Ferrata per la medicina, il prof. Gaetano Fichera per la chirurgia. La cerimonia inaugurale ha avuto luogo nella storica aula magna dell'Ateneo Pavese. Alla presidenza presero posto il prefetto S. E. Turbacco, il sen. Maragliano, il Podestà prof. Nicolato, il Preside della Provincia, il Rettore Magnifico prof. O. Rossi, il prof. Alessandri ed altri. Erano presenti: il sen. Bastianelli, i proff. Frugoni, Giuffrè, Zoia, Gamna, Zagari, Devoto, Cesa Bianchi, M. Ascoli, Sabatini, Ficacci, Lucherini e moltissime altre personalità convenute da tutta l'Italia.

Primo a parlare è il prefetto gr. uff. TURBACCO che ha rilevato l'importanza dei Congressi ed il rifiorire della cultura italiana in Regime fascista. Ha ricordato le eminenti personalità che diedero e dànno lustro alla medicina italiana ed ha esaltato la missione dei nostri scienziati che applicando le direttive del Duce, aprono nuove vie all'umanità.

Segue l'on. NICOLATO, podestà di Pavia, che porge il benvenuto a nome di Pavia ai congressisti. Quindi il Rettore Magnifico prof. ROSSI, premesso che la medicina italiana appare immune dallo sconforto che ha preso la scienza degli altri Paesi, afferma il bisogno di persistere nel lavoro, applicando tutti i metodi seri e tenendo conto di ogni ricerca.

Il prof. ROBERTO ALESSANDRI, presidente della Società Italiana di Chirurgia, ricorda alcuni memorabili Congressi tenuti dalla Società durante i cinquanta anni di esistenza ed i segni di nobiltà nel tenere alto l'indirizzo scientifico ed il progresso tecnico. Rileva l'utilità dell'unione dei due Congressi di Medicina e Chirurgia per una concezione più larga dei problemi patologici, diagnostici e curativi. Scioglie un inno a questa unione cementata da fecondi risultati per il progresso della Scienza e per la cura dei malati con vantaggio sociale della collettività umana.

Accolto da applausi sorge a parlare in fine il sen. E. MARAGLIANO, il quale rivolge un elevato saluto a Pavia, nella sua storia che la lega alle vicende e alle tribolazioni della Patria italiana, nel suo popolo simboleggiato e sublimato eroicamente dai Fratelli Cairoli. Ricorda le origini della Società di Medicina interna che nel 1887 ebbe a Pavia la sua culla, e vi ritorna oggi, dopo 46 anni di vita prosperosa e forte.

Prendendo in esame i lavori compiuti dalla Società rileva che i vari problemi furono svolti e ponderati sempre in armonia con la osservazione clinica fecondata dalle conquiste utilizzabili dalle altre scienze biologiche. Essa così contribuì nel dare alla medicina clinica quella personalità scientifica che le è riconosciuta in seno alle Nazioni più colte di Europa, mentre non le è ancora riconosciuta ufficialmente in Italia. Questo lamento lo disse più volte e lo ripete ancora oggi per il dovere di tutelare la dignità e gli interessi della Clinica italiana. « Il Fascismo, egli esclama, è giustizia e noi, riverenti come sempre, diciamo rispettosamente al suo grande Capo: la Medicina italiana attende quel giusto riconoscimento che ha in tutti i Paesi colti del mondo ».

L'O. commemora quindi tre insigni colleghi: Augusto Murri, Umberto Gabbi, Pietro Castellino, tre figure diverse, per quanto tutti, per differenti vie, benemeriti della Scuola e della Scienza.

Constata, infine, che la Clinica italiana ha in queste nuove generazioni di futuri maestri la sicurezza del suo domani, affidato a giovani medici che continueranno la tradizione della scienza clinica nazionale e l'avvieranno a sempre più gloriose mete. Dopo aver additato all'ammirazione dei congressisti il prof. Ferrata per l'opera data alla preparazione del Congresso, invita i presenti ad innalzare il pensiero a Benito Mussolini, che fu ed è il più autorevole ed efficace realizzatore degli insegnamenti dettati dalla Medicina clinica.

Tutta l'assemblea scatta in piedi plaudendo ripetutamente al forte e lucido discorso del sen. Maragliano con numerosi alalà al Duce.

Terminata la cerimonia inaugurale, i congressisti si recano ad assistere allo scoprimento della lapide che un Comitato cittadino ha voluto murare a ricordo dell'insigne scienziato Camillo Golgi, nella casa da lui abitata.

Seduta pomeridiana del 18 ottobre 1933.

Presidenza: ZOIA.

Con la seduta pomeridiana s'iniziano i lavori del Congresso.

Le infezioni focali.

Relazione dei proff. R. LUSENA e V. CHINI (Roma).

Conclusioni.

Dalla fine del secolo scorso in scuole e paesi diversi, partendo dal punto di vista del tutto indipendenti per giungere anche molto spesso a interpretazioni differenti e in contrasto, l'osservazione clinica e in America anche la patologia sperimentale hanno condotto fondamentalmente a una stessa conclusione: e cioè che stati infiammatori cronici, anche modesti e silenti, in una parte qualsiasi dell'organismo, per lo più nella cavità orale, possono sostenere stati morbosi in organi lontani. Tali focolai vengono designati col nome di *focus*. L'elenco delle malattie cui è stato attribuito questo meccanismo patogenetico si può riassumere semplicemente, dicendo che oltre le forme reumatiche, nefriti, appendiciti acute, la maggior parte delle forme ad andamento cronicizzante marcato da fasi di remissione e di esacerbazione, tolta naturalmente quella a etiologia infettiva conosciuta sono state considerate o sospettate come da « infezione focale ».

Secondo la scuola di Rosenow si tratta di germi per lo più streptococchi o in certi casi di veleni da essi elaborati che uscendo dal *focus* raggiungono un dato organo o tessuto e vi mantengono uno stato morboso a carattere infiamma-

torio guidati da elettività che si potrebbe paragonare a quella di certe tossine o anche di certi germi. In questa, come del resto in tutte le proprietà degli streptococchi si osserva una notevole variabilità. Tuttavia i germi coltivati dai foci dei pazienti (piorrea, denti cariati, tonsille, ecc.) inoculati in vena negli animali da esperimento oppure introdotti nei loro tessuti in modo da costituire un *focus*, si localizzerebbero preferibilmente negli organi corrispondenti a quelli lesi nel paziente.

Per quanto riguarda il reumatismo articolare e le forme reumatiche in genere, questa teoria va incontro all'ipotesi sostenuta oggi dalla maggior parte degli AA., sebbene ancora in mezzo a dubbi e contrasti, secondo la quale tali forme sono di origine streptococcica ,e alla nozione corrente dei rapporti con la tonsillite.

Anche in molte forme addominali, come ulceri, appendiciti, colecistiti, in genere sindrome dell'addome destro, indipendentemente dalla dottrina delle infezioni focali, era stato da taluni invocato un momento infettivo (e parecchie ricerche batteriologiche hanno messo in evidenza una flora streptococcica). Mentre altri, sulla scorta di numerose osservazioni cliniche, avevano denunciato la frequente concomitanza con infiammazioni gengivali e con faringo-tonsillite.

Possiamo affermare che, a prescindere da quelli che per il lungo tempo dedicato a quest'argomento, l'autorità, la mole delle ricerche e delle pubblicazioni, possono dirsi i banditori ufficiali di queste teorie, lo studio della letteratura nei vari campi della medicina permette di constatare come rapporti tra infezioni localizzate e determinate malattie, siano stati veramente messi in evidenza da numerosissimi osservatori, in moltissimi casi anche indipendentemente e prima che queste cognizioni prendessero forma e dignità di dottrina. E l'osservazione intenzionale dei malati ne offre non di rado persuasive conferme.

Per quanto riguarda le forme reumatiche, a prescindere per il momento dalla questione non sicuramente risolta, se esse siano d'origine streptococcica, i lavori della nostra scuola hanno messo in evidenza questi fatti:

a) esiste veramente nei germi coltivati dalle tonsille dei reumatici, una artrofilia ben superiore a quella di cui paiono dotati gli stessi germi quando vengono isolati da non reumatici. Questo, come gli altri tropismi, si può vedere con numerose esperienze, perchè si tratta di differenze numeriche, non di effetti totalmente e immancabilmente specifici caso per caso;

b) instaurando in animali una infezione streptococcica localizzata (*focus* per es. sottocutaneo) si ottiene, come è noto, uno stato di ipersensibilità tissulare. Se ora si iniettano gli stessi streptococchi morti (per escludere grossolane localizzazioni da azione diretta) e quindi in funzione di allergeni, si riproduce granulomatosi a carattere istiocitario, molto simile, se non addirittura identica, a quella umana reumatica. Qualche volta basta per questo il solo *focus*. È notevole il fatto che con altri allergeni anche batterici e perfino cogli stessi streptococchi morti iniettati sottocute in funzione di *focus* non si ottiene lo stesso risultato;

c) usando gli stessi streptococchi come allergeni, ma in modo opposto, cioè iniettandoli sottocute, come *focus*, in animali precedentemente immunizzati e quindi ricchi di anticorpi, si ottiene scarsa o nessuna reazione tissulare, ma invece, una vera sepsi lenta molto simile a quella umana. Questi fatti, in unione colle cognizioni acquisite sulla componente allergica nel reumatismo e sui fattori umorali di iperrecettività in molte setticemie, specie nella sepsi lenta, invitano a contrapporre le due forme, reumatismo e sepsi lenta, come rappresentanti di due modi di reagire forse allo stesso antigene streptococcico:

il primo: reazione tissulare iperergica senza anticorpi;

il secondo: reazione umorale, non tissulare, con molti anticorpi.

In attesa di accertare questa sistemazione, segnaliamo, intanto, che in patologia sperimentale, partendo dal medesimo germe, le due modalità di reazione sono state perfettamente realizzate.

Il fatto che l'origine streptococcica delle forme reumatiche è autorevolmente sostenuta e costituisce oggi l'ipotesi più probabile, la conferma di artrofilia particolare nei germi da reumatici, la riproduzione non solo della localizzazione (semplice prova di artrotropismo) ma anche della vera granulomatosi con meccanismi analoghi a quelli che producono il *focus* umano sono argomenti di importanza veramente grande in favore della ipotesi focale, streptococcica e allergica delle forme reumatiche.

All'infuori delle affermazioni sperimentali di Rosenow e cliniche di parecchi altri AA., non abbiamo prove dirette in appoggio alla teoria focale di molte affezioni croniche del sistema nervoso centrale e anche di malattie mentali. Anzi, trovammo da muovere qualche appunto alle esperienze di Rosenow sulla riproduzione di affezioni nervose. D'altra parte le indagini sui tropismi sperimentali eseguite nella nostra scuola confermano in modo preciso la *possibilità* che uno streptococco abbia o consegua un tropismo così elettivo per il sistema nervoso da farne un vero *focus* neurotropo.

Le relazioni fra tonsilliti e nefriti, con conseguenti atteggiamenti terapeutici, trattate nel capitolo IV, si riferiscono a conoscenze già correnti. Le ricerche di ordine batteriologico fatte nella nostra scuola confermano anche sotto questo punto di vista i rapporti tra tonsilliti e nefriti.

Quanto alle pielonefriti e alla calcolosi, è da notarsi come oltre le esperienze della scuola americana, anche osservazioni cliniche di altri AA. hanno trovato una relazione colla tonsillite ed altre infiammazioni localizzate. È in ogni modo di cognizione corrente che i germi provenienti da un focolaio infiammatorio qualsiasi si eliminano spesso attraverso i reni e che i germi in genere, o da soli o in coincidenza di fatti infiammatori, possono causare o facilitare la formazione dei calcoli.

Un caso clinico di tonsillite cronica con calcolosi multipla bilaterale e l'esperienza che ne seguì (localizzazioni renali straordinariamente marcate e riprodotte in serie di animali con germi da calcoli del malato) porta un contributo anche in questo campo in appoggio alla teoria delle localizzazioni.

I rapporti dei foci colla tiroide, colle malattie cutanee, coll'infezione puerperale e coll'aborto, risultano anch'essi da osservazioni cliniche numerosissime, anzi nella maggior parte di clinici del tutto ignari o estranei alla dottrina delle in-

fezioni focali. Anche in questo campo abbiamo potuto portare qualche contributo originale.

Il meccanismo focale dell'appendicite, ulcera gastro-duodenale, colecistite e in genere di quello che è stato chiamato « gastroenteropathia parainfektiosa » linfangite peritoneale, base anatomopatologica della sindrome dell'addome destro, è anch'esso sostenuto da infinite osservazioni cliniche. Secondo la nostra esperienza il *focus* più facile a essere ritrovato e anche quello in cui riesce più agevole la dimostrazione del nesso causale, è la tonsillite. Essendo molto comune, almeno per chi osservi e interroghi intenzionalmente questi pazienti, trovare in essi non solo la tonsillite, ma le accentuazioni della sintomatologia addominale in rapporto con esacerbazioni tonsillitiche. Dal punto di vista sperimentale, nella nostra scuola non sono state riprodotte elettività verso i vari organi dell'addome, come riferisce Rosenow, ma si è potuto accertare una elettività molto marcata verso gli organi dell'apparato digerente, in genere da parte dei germi provenienti da tonsille o piorree alveolari, di gastro-entero-epato-pazienti. I germi da loro isolati produssero con frequenza notevolmente superiore a quelli d'altra provenienza lesioni intestinali, gastriche a tipo emorragico o ulceroso, colecistiche, pancreatiche. Spesso queste elettività si mantengono nei passaggi in serie.

Particolare importanza hanno le affezioni oculari, come irite, cherato-congiuntivite, coroidite, neurite ottica. Una ricchissima letteratura aveva già messo in evidenza i loro rapporti con infiammazioni localizzate, specialmente sinusiti e carie dentarie. In realtà l'esistenza di queste relazioni incontrò molto scetticismo fino a che furono chiarite le vie anatomiche, capaci di permettere la diffusione di processi infiammatori fino all'organo oculare; oggi moltissimi otoiatri e oculisti ammettono come frequenti queste relazioni e con successo si regolano di conseguenza dal lato terapeutico. La scuola americana e qualcuno in Germania hanno messo in evidenza come anche infiammazioni lontane dal cranio (prostata, cervice uterina) possano sostenere stati morbosi oculari. In America ammisero che l'elettività oculare degli streptococchi sia causa di questo fatto. Effettivamente le ricerche compiute nella nostra scuola hanno confermato tutto questo nel modo più completo. L'elettività dei germi da foci di questi malati è talmente alta, in compenso così bassa la percentuale di localizzazioni oculari aspecifiche, cioè con germi da non oculopazienti (50-60 % contro 1-2 %) che il valore degli esperimenti può dirsi in questo campo assolutamente tassativo. Dati i rapporti di contiguità tra seni paranasali, e occhi e siccome le lesioni dentarie che sostengono affezioni oculari sono per lo più del mascellare superiore, così noi crediamo che fattori di contiguità abbiano una grande importanza. Tuttavia questi non sono affatto necessari, dal momento che anche foci lontani producono gli stessi effetti, specialmente le cerviciti. Sia dal punto di vista clinico, sia da quello sperimentale, noi crediamo che le malattie oculari rappresentino l'esempio più tipico di infezione focale e gli esperimenti in argomento siano tra i più facili, brillanti e dimostrativi per la teoria delle localizzazioni elettive.

A causa delle varie analogie tra tali affezioni e molte altre malattie del gruppo di quelle attribuite a infezione focale, possiamo dire che veramente la clinica e la patologia sperimentale delle malattie oculari offrono un appoggio del più alto valore alla dottrina delle infezioni focali in genere.

Dall'analogia colle classiche ricerche di Pässler sui rapporti tra tonsillopatie e malattie organiche, ricerche che sono tra le fondamentali in argomento e da motivi d'ordine clinico siamo stati indotti a studiare la questione anche per la prostata. E difatti si è visto nella nostra scuola come nei soggetti affetti da malattie del gruppo delle focali o da tonsillite o meglio da ambedue le forme, il reperto di prostata patologicamente ingrossata e indurita sia molto più frequente che tra gli altri pazienti a parità di età e con esclusione di forme eventualmente gonococciche. Questi studi rafforzano la teoria dell'infezione focale in genere e della particolare importanza che ha in essa la prostata, la quale, dopo essersi infettata probabilmente in seguito a tonsillite, può agire poi come la letteratura ha ampiamente documentato, anche da *focus* (*focus* secondario).

Siccome gran parte delle opposizioni mosse alla dottrina delle infezioni focali si basano sulla pretesa impossibilità negli streptococchi di modificarsi o comunque di produrre alterazioni morbose tanto diverse tra loro, abbiamo voluto per via indiretta controllare le loro capacità patogene e la variabilità di esse.

Sfruttando tecniche e metodi che non erano stati in uso prima di noi, abbiamo potuto ottenere risultati completi e persuasivi. Infatti, anche partendo dai medesimi stipiti di streptococchi, per mezzo di passaggi in bile e in vivo nei vari organi dei conigli, abbiamo potuto costruire dei veri virus a elettività diverse e straordinariamente marcate: affinità per le vie biliari, ma più specialmente per le articolazioni; per gli occhi e per il sistema nervoso centrale. Tali affinità erano accompagnate da modificazioni sierologiche e non si limitavano alla localizzazione batteriologicamente constatabile ma portavano anche alla riproduzione completa del quadro clinico e anatomo-patologico.

Nel corso di questi esperimenti e di altri appositamente istituiti è stata a più riprese constatata da noi pure la tanto discussa variabilità degli streptococchi anche nei loro caratteri batteriologici. Ben s'intende che ci riferiamo per questo a ricerche fatte con germi ripetutamente passati per piastra.

Dal punto di vista clinico, come da quello prettamente batteriologico è stata ammessa la possibilità che certe infiammazioni localizzate, specialmente tonsillite e piorrea alveolare, non siano le cause, ma l'effetto di quelle malattie organiche colle quali appaiono associate nello stesso individuo. Le ricerche batteriologiche e le osservazioni cliniche da noi eseguite hanno appoggiato la tesi opposta, che del resto già dalle cognizioni precedenti ci sembrava ed è ritenuta dai più quella più attendibile.

Sia dal punto di vista tissulare e umorale, sia da quello esclusivamente anatomico, scheletrico, lo studio delle infezioni focali fa vedere come nello stabilirsi dei foci e nelle conseguenze da essi provocate ha parte di assoluta preponderanza l'elemento costituzione.

Dallo studio della letteratura, dalle nostre osservazioni cliniche e sperimentali noi siamo portati a ritenere che, almeno in linea generale e

per talune forme i postulati fondamentali della dottrina delle infezioni focali rispondano al vero.

Abbiamo già dimostrato come sia possibile regolarsi in proposito dal lato terapeutico e da quello preventivo, senza cadere in dannosi eccessi, ma, anzi, seguendo semplicemente le norme che già costituirebbero canone nella corretta pratica delle singole specialità.

L'esperienza di questi anni e una attenta analisi delle lesioni focali e di meccanismi attraverso i quali esse possono esercitare effetti a distanza ci permette di evitare i dannosi eccessi i quali caddero in principio gli americani attirando il discredito su teorie che a noi sembrano fondamentalmente giuste, specialmente per quanto riguarda i denti. L'esercizio attento, corretto e moderno della pratica odontoiatrica in diagnostica e in terapia permette nella maggior parte dei casi di agire sui denti sospetti di funzionare da *focus* non sacrificandoli senz'altro, ma curandoli efficacemente. Il concetto che i denti « morti » siano da considerarsi pericolosi come tali è da respingere in modo assoluto. Questi denti che non sono affatto morti, come a torto è stato detto con termine troppo comprensivo, devono soltanto essere disinfettati e perfettamente curati. È certo che in ogni modo il medico dentista di moderne vedute deve tener conto della dottrina dei foci e, come i più autorevoli già da tempo consigliano con insistenza, prima di ricoprire le cavità pulpari da lui curate sotto il suggello dell'otturazione definitiva, ricordarsi sempre delle conseguenze anche extra-dentarie che possono derivare da eventuali imperfezioni tecniche. Fortunatamente nella maggior parte dei casi il medico internista che voglia agire sulla bocca dei suoi pazienti in relazione alla dottrina dei foci si trova davanti a lesioni dentarie e gengivali di tale aspetto e natura che già meriterebbero trattamenti più o meno radicali dal punto di vista di una bene intesa igiene buccale e delle comuni norme odontoiatriche.

Più facile è secondo noi il contegno di fronte alla tonsillite cronica in quanto noi siamo convinti che essa debba essere curata radicalmente di per se stessa anche a prescindere da eventuali azioni a distanza e rapporti con malattie organiche. Perchè un sospetto anche minimo in questo senso sarà solo un argomento in più in favore di un provvedimento che già sarebbe consigliabile.

Tra le altre lesioni croniche cui l'internista deve rivolgere particolare attenzione sono le sinusiti, le prostatiti silenti e le cerviciti. Queste lesioni hanno una grande importanza, specialmente per le affezioni croniche oculari. Anche qui si tratta di solito di infiammazioni che già di per se stesse e per le conseguenze di cui rappresentano spesso una perpetua minaccia meritano di essere diligentemente trattate secondo le buone norme delle relative specialità.

Discussione della Relazione.

L. Giuffrè (Palermo). — Si congratula con i Relatori per la magnifica relazione fatta. Circa il diverso organotropismo dimostrato dagli streptococchi, l'O. ritiene che possano esistere altre influenze capaci di diminuire la resistenza degli organi su cui agisce il germe, così, p. es., le vicende atmosferiche per le affezioni reumatiche, l'alimentazione per le affezioni del tubo gastro-intestinale.

Preti (Parma). — Si dichiara fautore della dottrina di Rosenow ma con molte riserve. Ritiene anzi tutto che per essere dichiarata tale deve corrispondere ad una condizione essenziale, di essere, cioè, in comunicazione diretta con la circolazione ed inoltre è poco propenso a ritenere vera l'elettività dei germi. D'altra parte le esperienze negli animali non sempre riproducono quanto si verifica nell'uomo. Nei riguardi della terapia è completamente d'accordo con quanto hanno detto i RR.

Palazzi (Pavia). — Ritiene importante l'aver portato alla ribalta il problema delle infezioni focali, perchè di grande interesse non solo medico ma anche specialistico. Parla della questione dal punto di vista pratico e conferma quanto è stato affermato dai proff. Preti e Giuffrè circa la predisposizione, la costituzione, le disposizioni anatomiche. L'O. si augura che dalla collaborazione intima e costante fra medici, chirurgi ed odontoiatri possa venir fuori la soluzione integra del problema già oggi avviata anche per merito di studiosi italiani ad una esatta conclusione.

R. Lo Cascio (Napoli). — Espone i risultati delle sue ricerche sperimentali nello studio dell'ulcera gastro-duodenale considerata dal punto di vista focale. Dieci ulcerosi gastrici sono stati curati dall'O. con l'avulsione di denti settici; la localizzazione elettiva sugli animali non è stata mai verificata dall'O.

A. Malan (Torino). — Desidera insistere sulla necessità di saper fare un'esatta diagnosi di focus nell'ambito della specialità: afferma che tutti i dati obiettivi sono per lo più insufficienti e fallaci per affermare l'esistenza di un focus. Circa le tonsille palatine riferisce degli interessanti dati forniti dal cosidetto « test tonsillare ». Quando si è riusciti a stabilire la colpevolezza della tonsilla converrà agire in modo radicale e limitarsi alla roentgenterapia nei soli casi in cui l'intervento chirurgico ha delle controindicazioni generali.

M. Ascoli (Palermo). — Secondo l'O. la vera determinante dei tropismi che si osservano in Clinica è rappresentata dal fattore costituzionale e dalla relativa recettività dei singoli organi.

Nei riguardi pratici consente pienamente nelle indicazioni poste dai relatori per gli interventi radicali sui foci, purchè volta per volta si accerti con le prove funzionali (ad es. massaggio delle tonsille) il rapporto loro con l'organo ammalato e purchè l'intervento sia radicale.

G. Andrei e P. Ravenna (Torino). — Desiderano far considerare anzi tutto che per poter parlare di artrofilia degli streptococchi, è lecito esigere che esistano differenze notevoli dai controlli ed inoltre si deve eseguire sempre anche un esame completo dei visceri degli animali, anatomico e batteriologico.

Gli OO. hanno eseguito qualche esperimento sull'argomento impostato su questi concetti, ma non potendo trarne conclusioni definitive, i risultati ottenuti darebbero una dimostrazione contraria al concetto di una diversa artrofilia di diversi ceppi di streptococchi.

ZIRONI (Milano). — Propone di conservare allo stato secco i germi isolati da lesioni focali e dotati di un notevole organotropismo, al fine di porre a disposizione degli studiosi questi microrganismi, conservandone integre le caratteristiche proprietà.

Domanda ai relatori di portare qualche luce sul fatto da essi richiamato all'attenzione e cioè che l'asportazione del focus faccia guarire le complicazioni a distanza. In esse il germe vive da anni, esso è organotropo e cresce nella sede adatta. Con qualche meccanismo l'asportazione del focus riesce utile?

L. CANNAVÒ (Palermo). — Oltre alle colecisto-, gastro- ed enteropatie di origine focale ricordate dai RR., l'O. desidera ricordare le pancreopatie, sopratutto le pancreatiti croniche diabetogene. Da osservazioni fatte egli ha potuto vedere peggiorare dei diabetici in seguito ad una tonsillite intercorrente e tornare a migliorare la tolleranza per gli idrati di carbonio, passata l'affezione acuta.

Ritiene perciò che l'etiologia di molti diabeti ancora oscura possa essere chiarita, accettando questo criterio patogenetico.

A. FERRATA (Pavia). — Le esperienze dei Relatori rappresentano senza dubbio un passo avanti sugli esperimenti degli americani. Certamente il tropismo è il fatto più importante. Crede però che all'infuori dei rapporti fra tonsille e rene, per gli altri organi vi sia un po' di sopravalutazione. Ricorda tuttavia che fra le malattie del sangue ve ne è una che talvolta è da considerarsi una malattia focale e precisamente l'atrofia mieloide progressiva o mielotisi. Ritiene che si è ancora ben lontani dall'essere sicuri sull'eziologia streptococcica del reumatismo.

G. GAMNA (Siena). — Rilevati l'interesse clinico delle questioni sollevate e la preponderanza che dovrebbe aver qui la discussione propriamente clinica, ma persuaso che non possiamo almeno, allo stato attuale delle cose, fissar l'attenzione sui fenomeni sperimentali fondamentali, rivolge una domanda ai Relatori, con i quali si felicita per il poderoso lavoro svolto.

Chiede ai Relatori che vogliano esprimersi sopra quali limiti di specificità credono si avverino e si svolgano i fenomeni di tropismo. Mette a confronto i risultati enunciati a proposito sull'interpretazione del quadro clinico-sperimentale di reumatismo acuto e di sepsi lenta, il gruppo di esperimenti che sono stati fatti nella Clinica e nella Patologia medica di Siena per opera del prof. D'Antona e da questi pubblicati. Si tratta dell'insorgenza, in un cavallo trattato con streptococchi esattamente identificati e ricco d'anticorpi specifici, di una sepsi lenta con endocardite in seguito all'inoculazione di un germe identificato come enterococco. Lo stesso germe inoculato in conigli, determinò una endocardite ulcerosa a tipo subacuto in quegli animali ch'erano pretrattati con streptococchi, mai nei non trattati. Prega i Relatori di esprimersi sulla posizione da dare a questi fenomeni nel quadro di quelli che essi hanno descritto.

D. CESA-BIANCHI (Milano). — Si congratula vivamente coi relatori per il molto e buon lavoro fatto in argomento tanto interessante e complesso e si augura che le loro ricerche possano presto trovare larga conferma. Deve tuttavia rammaricarsi che sia stato quasi completamente trascurato il lato clinico del problema, che è di tanto interesse per la pratica medica quotidiana ed è proprio quello pel quale il medico vuole essere illuminato.

Che la dottrina delle infezioni focali abbia diritto di cittadinanza in patologia, che in essa si ricolleghino strettamente molti processi morbosi diversissimi per sede e manifestazioni cliniche, è ormai pacifico.

È invece necessario precisare quali fra questi processi morbosi siano sicuramente riconducibili ad infezioni focali e più prevalente del cavo orale e quali vantaggi possano ad esso derivare dalla rimozione dei foci.

L'O. ricorda i risultati dell'esperienza personale, riferentesi a malati sottoposti da tempo alla rimozione dei foci (tonsillari, dentari) per affezioni diverse, ma tutte, con ogni probabilità, riconducibili ad un'infezione locale, e seguite accuratamente subito dopo l'intervento, a distanza di mesi e poi di anni da questo.

È sola difatti un'osservazione a lunga distanza, trattandosi di processi morbosi a decorso abitualmente lento ed irregolare, quella che può garantirsi della bontà dei risultati conseguiti.

Questi processi morbosi possono essere riuniti in quattro gruppi: affezioni renali, reumatiche, endocardite protratta e processi ulcerosi gastroduodenali.

Per quanto riguarda le affezioni renali — per le quali l'ablazione dei foci trova consensi quasi generali — i risultati lontani, a differenza degli immediati e dei prossimi, sono purtroppo scoraggianti. Nessun vantaggio, a distanza di anni, nella glomerulonefrite diffusa e non soltanto nella forma subacuta e nella acuta, il cui decorso e la cui evoluzione non sono in generale sensibilmente influenzati.

Vantaggi evidenti si hanno invece nella glomerulonefrite parcellare, che dopo la frequente riacutizzazione dei disturbi che segue alla rimozione dei foci, vede d'abitudine una progressiva riduzione della sintomatologia morbosa fino alla sua totale scomparsa. Ma non si deve dimenticare che la glomerulonefrite parcellare molto spesso, anzi abitualmente, si guarisce con la solita terapia, anche senza rimozione dei foci!

Per quanto riguarda l'endocardite ad evoluzione lenta nessuna influenza esercita mai la rimozione dei foci, anche allorquando in questi predomina lo stesso germe isolato dal sangue, con le stesse caratteristiche biologiche, sul decorso fatalmente progressivo della malattia.

Per quanto riguarda invece le affezioni reumatiche, e qui si intende parlare della infezione reumatica a decorso protratto o facilmente recidivante, aventi stretti rapporti cronologici e clinici con un'infezione focale, la rimozione di questi esercita realmente in un buon numero di casi — all'incirca nella metà — una benefica influenza sul decorso spesso così alterato del processo morboso, che ne risulta quasi sempre molto attenuato e non raramente del tutto debellato.

Per quanto infine riguarda i processi ulcerativi gastro-duodenali, pur trattandosi di una esperienza limitata, essa è però tale da permettere all'O. di affermare che la rimozione dell'infezione focale, qualunque essa sia, non esercita alcuna benefica influenza sul decorso del processo morboso. Ed a questo proposito l'O. non può a meno

di mettere in guardia contro gli eccessivi entusiasmi e peggio contro le facilità, per non dire la facinoleria, con la quale non tanto in Italia quanto più e sopratutto in America, si ricorre all'ablazione non solo di qualche dente, più o meno compromessi, ma non raramente di tutti i denti e delle tonsille ancora, per domare processi morbosi, che con le infezioni focali hanno molto problematico rapporto o non ne hanno affatto. Nè va dimenticato che furono proprio queste esagerazioni, quelle che hanno finito col creare un'atmosfera di scetticismo od almeno di riserbo attorno alla dottrina delle infezioni focali, che è pur degna di tanta considerazione e che probabilmente contiene una buona parte della verità. Minore entusiasmo e maggiore aderenza alla realtà dei fatti non soltanto sperimentali, ma anche ed anzi sopratutto clinici, varranno a ricondurre il problema delle infezioni focali nei più giusti confini, almeno per quanto riguarda la sua pratica applicazione.

B. ROCCIA (Torino). — Richiama l'attenzione sulle proprie esperienze eseguite sull'infezione focale, specie in riguardo alle cosidette infezioni focali odontogene ed espone in sintesi i propri risultati.

G. SABATINI (Sassari). — Dopo essersi congratulato con i Relatori per la bella relazione presentata, si sofferma a parlare sui rapporti indiscutibilmente esistenti tra erisepela e affezioni biliari. Ricorda inoltre la facilità con cui l'O. ha potuto osservare riacutizzazioni colecistiche postinfluenzali.

G. ZANETTIN (Padova). — Riferisce brevemente su alcune ricerche cliniche e sperimentali eseguite nella Clinica Oculistica di Padova, per cui l'O. ritiene di poter ammettere l'origine focale di alcune affezioni oculari.

C. FRUGONI (Roma). — L'argomento delle infezioni focali è squisitamente clinico e pratico, dacchè investe problemi non solo di classificazione nosografica e di patogenesi, ma precipuamente di terapia.

Nessun dubbio che solo le indagini di laboratorio possono documentare e precisare taluni rapporti, meccanismi e proprietà, ma nessun dubbio anche che oggi la clinica moderna non può concepirsi se non scientifica nei mezzi, pur rimanendo scientifico-pratica nelle sue finalità.

Nessun argomento è più clinico di questo, che nasce dall'empirica ma esatta osservazione del malato, che ha consentito prima di intuire colleganza e rapporti tra fatti apparentemente disgiunti, e poi di dimostrare esistenti, coordinati ed interdipendenti quei rapporti che erano invisibili perchè lontani, procedimento mentale questo squisitamente clinico.

La dottrina ha in ogni suo punto riferimento pratico per chi, sulla guida delle nozioni ora esposte, studia i malati secondo precisi orientamenti. L'O. ha avuto, ed ha sotto occhio numerosi artropatici a molteplici manifestazioni — dolorose particolarmente — che erano stati giudicati affetti da artritismo costituzionale e nei quali a stigmata della forma si constatava la cosidetta « bocca artritica » con artrite alveolo-dentaria e piorrea. Ma molti di questi malati resistenti e ribelli a tutte le cure istituite secondo questo concetto ed indirizzo, passarono invece prontamente a guarigione e subirono rapido e radicale miglioramento quando, con l'adatto studio ed esatta interpretazione e terapia di loro foci tonsillari o della loro piorrea, gengivite, granulomi dentari, mostrarono che il problema andava capovolto ed invertito, e che non già trattavasi di artritismo costituzionale con bocca artritica, ma di infezione cronica boccale con sindromi articolari, neuro-artritiche o nevralgiche di origine locale. E l'O. qui si riferisce non già a casi acuti o subacuti di per sè allora non eloquenti, ma a forme di eminente cronicità e quindi rigorosamente significative che ognuno potrà osservare quando studierà i propri malati da questo punto di vista, e agirà in conformità, ben si intende con equilibrata misura e con vigile senso critico, clinico e realistico, e senza quelle esagerazioni demolitrici che sono state in altri paesi giustamente lamentate, perchè lo studio vuol essere serio, organico e metodicamente condotto.

E anche in patologia addominale e in ispecie le colecistiti, appendiciti e flogosi croniche ne ricevono luce rischiaratrice e potranno anche avere pratiche applicazioni purchè una prudente e misurata critica ci regga.

Invece in tema di forme ulcerative sono state esposte le indagini sperimentali, nostre e le osservazioni altrui, ma noi mai ancora procedemmo ad interventi nei foci in portatori di ulcus sembrandoci campo tutt'ora solo allo studio.

E la patologia renale ammonisce che non solo e non tutto sta nel rapporto tonsillite-nefrite, ma che numerose altre manifestazioni e colleganze vi sono (pieliti, calcolosi): la conoscenza delle quali tanto chiarimento e vantaggio porta alla terapia di esse forme.

Quanto alle nefriti l'O. riafferma l'utilità ed indicazione di enucleazione delle tonsille, ben inteso quando vi sia tonsillite cronica o recidivante. E qui non tanto perchè l'intervento di per sè può in forme acute o subacute esser seguìto da guarigione, quanto perchè l'asportazione del focus infettivo — per le tonsille di unanime consenso — impedirà e preverrà nuove *poussées* e ricorrente peggioramento da carica tossinfettiva di origine tonsillare, sì da corrispondere a seconda dei vari casi a concetto curativo o preventivo.

Quanto alle anemie aplastiche di origine focale conviene perfettamente con Ferrata che ve ne sono e l'O. pure ne ha osservati tipici esempi che in varie modalità di loro decorso sembravano veramente confermare il rapporto di dipendenza in genere da gravi piorree con profonda infezione boccale.

Nè è il caso di maggiormente specificare, tanto larga è la casistica che noi abbiamo sott'occhio per altri campi. Valga per tutti l'esempio di talune manifestazioni oculari che furono ricordate, che se danno da un lato la più brillante conferma e dimostrazione sperimentale, anche sono di enorme pratica ed importanza.

Troppe volte avveniva che di fronte a manifestazioni oculari del genere, iriti, iridocicliti ad esempio si sentiva affermata la natura luetica, o tubercolare, o artritico-reumatica e si è stati molte volte perplessi di fronte a tali affermazioni, spesso o poco o niente comprovate dall'anamnesi, dall'obbiettività, dalle ricerche collaterali, così come troppo spesso i malati non risentivano alcun utile vantaggio dai trattamenti istituiti secondo questo indirizzo, mentre studiate

ed indagate, e quindi anche trattate secondo le direttive e le nozioni delle infezioni focali, molte di queste forme sono state in loro genesi chiarite, e molti malati finalmente e talora prontamente guariti.

Il rapporto quindi intercorrente fra infezione focale e manifestazioni cliniche multiple di genesi focale è quindi sicuro benchè da molti ancora denegato, più per concetti teorici relativi alla dottrina ed al controllo sperimentale che per documenti clinici contrari.

Infatti deve essere ben chiaro che un conto è la dottrina, e un conto i fatti clinici ed i malati.

Qualunque sia per essere la spiegazione e soluzione che il laboratorio fornisce e stabilirà il fatto clinico resta, ed il fondamento clinico della dottrina è quanto mai reale, presente e di pratica portata ed importanza.

Ed è stato bene che il problema sia stato trattato perchè se ne gioveranno la chiarezza di molti quadri clinici e la salute dei nostri malati, perchè è argomento questo che nasce dall'osservazione empirica, ma esatta, del malato, sperimenta su materiali tratti dal malato e si concreta in utili applicazioni, dal malato, sul malato, per il malato.

Risposta dei Relatori.

LUSENA, a nome anche di CHINI, risponde a tutti gli interlocutori. Dopo aver ringraziato per l'interessamento e gli elogi di cui è stata fatta oggetto la relazione, entra direttamente nei meriti ai punti dove vi siano divergenze o dove siano state richieste delucidazioni.

Per quanto ha detto il prof. Giuffrè i relatori sono perfettamente d'accordo sulle predisposizioni individuali, condizione necessaria per le infezioni focali, come per qualunque altra malattia infettiva o no, e la patologia ne offre esempi numerosissimi. A proposito della questione sollevata dal prof. Preti che le urine delle persone sane non dovrebbero contenere i germi, bisogna tener presente che, seppure ciò è giusto in teoria, la tecnica batteriologica ha messo in evidenza come diversamente avvenga nella pratica. Qualche germe, sebbene in modesta quantità, passa nell'orine anche nella maggior parte dei sani. È possibile che questi abbiano qualche piccolo fatto infiammatorio locale capace di lasciar passare germi in piccola quantità, che poi vengono eliminati per le vie urinarie, pur non dando alcun disturbo e nessun danno. Diciamo che questi individui sono sani nel senso pratico e clinico del termine. L'essenziale è che quelli che hanno veramente dei veri foci (tonsilliti, piorree) presentano nell'orina quantità di germi centinaia e centinaia di volte superiori. Il che può avere importanza dal punto di vista della patologia. Non si può dire perchè qualcuno, come per es. il prof. Lo Cascio, non abbia ottenuto risultati favorevoli in alcuni esperimenti.

Le ricerche dell'Janish che possono secondo Lo Cascio essere come un po' svalutate dalla mancanza di controlli sperimentali, furono e anzi dovevano essere prettamente cliniche, perchè l'Janish è assistente di Pässler, e come risulta dalla relazione, Pässler ha fondato e sviluppato la sua teoria su base esclusivamente clinica, senza mai interessarsi di esperimenti su animali. Anzi per noi internisti queste ricerche hanno una particolare importanza.

La sinusite ha importanza di focus, e dobbiamo vedere la cosa sotto due punti di vista: l'aver riconosciuto che da una sinusite può derivare una forma oculare, e che intervenendo sul seno, la forma oculare guarisce, ha una grande importanza pratica, anche indipendentemente dal fatto, che la lesione fosse stata mantenuta per ragioni di contiguità anatomica invece che per elettività. Ma le ricerche americane e di Lusena in questo campo mostrano che l'elettività ha una grande importanza. Circa le prove di Viggo-Schmidt, esse, come i lavori di Robecchi, sono già discussi nel testo della relazione.

Non si può dire il motivo per cui la constatazione dell'artrotropismo di certi streptococchi nelle ricerche iniziate da Andrei, sia riuscita negativa. Quanto al fatto del modo di considerare gli animali, e cioè artritici quelli con più di 4 artriti, non artritici quelli con meno di 4, bisogna chiarire che tale interpretazione si deve solamente al fatto che all'Andrei è mancato disgraziatamente il tempo di leggere attentamente la relazione. Risulta nel testo che la distinzione degli animali in 2 gruppi, e cioè con più di 4 e con meno di 4 artriti, si fece soltanto per chiarire le cose dal punto di vista statistico, naturalmente sia nel considerare gli animali iniettati con germi da reumatici, sia con quelli di controllo. Di più si trovò opportuno anche il computo globale di tutte le artriti di centinaia di animali nei 2 gruppi, sempre s'intende per un motivo soltanto statistico. Quanto alla frequenza delle iridocicliti aspecifiche nei conigli, i dati della letteratura ammettono come massimo, e per un solo autore, il 14 %. Questa cifra si deve ai particolari criteri clinici dell'A. stesso. Tuttavia anche ritenendola attendibile resta un margine tale da rendere indiscutibili i risultati di localizzazione.

Gli esperimenti per mezzo dei foci sperimentati del Roccia riuscirono positivi ad altri AA.; i relatori non hanno su queste prove esperienza personale. Quanto alle circostanze che un malato migliorò immediatamente di una malattia febbrile dopo ablazione di focus, ma solo per 3 mesi, questo non depone contro, come il Roccia sostiene, ma anzi in favore delle infezioni focali. Probabilmente dopo 3 mesi si costituirono nuovi foci, o ricominciarono ad agire forse residui di quelli reali.

Le disposizioni viscerali individuali invocate dal prof. Ascoli per il determinismo delle elettività dei germi, hanno in questi una parte importante appunto secondo lo stesso Rosenow.

Esistono già metodi tecnici sia americani, sia elaborati da noi per conservare la vita e la elettività degli streptococchi. L'oratore conosce perfettamente il metodo del Pauli, ricordato dal prof. Zironi, e ne terrà conto per quanto è possibile. Disgraziatamente si consiglia per questo metodo un vuoto tale che solo pompe di potenza e di freno considerevoli, non certo alla portata degli istituti universitari, possono ottenere.

Riguardo al motivo per il quale una nefrite può guarire dopo tolto il focus, si deve rilevare che secondo le idee correnti, i germi che producono la nefrite, la producono intossicando i reni, non già colonizzandosi come si verifica soltanto per le nefriti parcellari.

Le interessanti osservazioni di Cannavò sulle pancreatiti coincidono perfettamente con quelle di Singer, ricordate nella relazione. Il Singer

ha dimostrato che la tonsillectomia nei diabetici tonsillitici non solo si può fare impunemente, ma anzi migliora spesso il loro diabete. Tutto ciò s'accorda inoltre con le vedute del Pribram e con le pancreatiti emorragiche sperimentali ottenute nella loro Scuola.

Alle osservazioni del prof. Cesa-Bianchi circa il posto relativamente piccolo occupato dalla parte clinica ha già risposto esaurientemente il prof. Frugoni. Tuttavia l'O. si permette di aggiungere che non soltanto il concetto clinico dell'infezione focale è stato svolto nello studio della casistica, ma anche in alcuni problemi collaterali d'indole perfettamente clinica, come per es., i rapporti tra malattie focali e prostata.

Riguardo ai rapporti tra appendiciti e tonsilliti, rari o assenti nell'osservazione personale del prof. Ferrata, bisogna dire però che essi appaiono frequenti nella letteratura, ma anche nella casistica personale dei relatori.

La lacuna lamentata dal prof. Ferrata circa le anemie, di cui manca la trattazione nella relazione, si deve al fatto che la letteratura è molto scarsa in proposito. Tuttavia un caso di reumatismo con anemia di origine sicuramente focale è stato ricordato. L'O. stesso ha studiato un anemico aplastico, con grave gengivite in cui l'autovaccino potè guarire la gengivite ma non l'anemia. In campo di infiammazioni orali si potrebbe sempre sostenere che esse trovano terreno particolarmente favorevole negli anemici.

Se i relatori avessero trattato tra le infezioni focali anche le anemie, nonostante tale scarsezza e incertezza di dati, avrebbero sicuramente meritato seria critica per aver voluto toccare senza dati sufficienti un campo così importante e difficile della patologia.

I relatori non soltanto permettono che si capisca tra le righe la loro simpatia per l'ipotesi streptococcica del reumatismo, ma anzi apertamente la dichiarano.

Nonostante la molteplicità delle opinioni in proposito cui accenna il prof. Ferrata, non si può dimenticare che l'opinione più importante per il numero e la qualità dei suoi fautori è quella streptococcica. A questo i relatori devono aggiungere i risultati veramente importanti nella riproduzione sperimentale col focus streptococcico della granulomatosi reumatica, riproduzione così fedele che agli istologi più esperti riuscirebbe difficile distinguere la granulomatosi reumatica umana da quella streptococcica sperimentale.

L'O. conosce perfettamente gli studi di D'Antona sulla sepsi lenta in un cavallo e in conigli immunizzati contro gli streptococchi, studi riferiti nella relazione. È presumibile che gli animali del D'Antona si siano trovati nell'identica situazione umorale dei conigli con sepsi lenta di Magrassi e dei malati di sepsi lenta umana. Tutte queste condizioni sono legate al fenomeno della caduta immunitaria specifica del potere battericida del sangue, che, secondo Lusena, costituisce la condizione necessaria per la setticemia e l'aspetto umorale della ipercettività.

Circa gli errori diagnostici citati dal prof. Cesa Bianchi allo scopo di frenare l'eccessivo entusiasmo per la dottrina delle infezioni focali, ci si deve ben convincere come certe estirpazioni dentarie, di cui l'inutilità è stata successivamente chiarita dall'ulteriore riconoscimento di malattia non focale, non parlano affatto contro la dottrina e la pratica delle infezioni focali. Prima di togliere denti come prima di intervenire sull'addome o sul cranio, bisogna fare il possibile per arrivare a una giusta diagnosi.

I rapporti tra erisipela e forme biliari, annunciati dal prof. Sabatini sono del più alto interesse, in quantochè si riallacciano alla teoria streptococcica di tali forme. Quanto alle riacutizzazioni colecistitiche post-influenzali non si può far a meno di trovare un parallelismo colle neuriti ottiche post-influenzali. Che le vie biliari siano un punto di passaggio dei germi, come accade per quelle urinarie, così da diminuire la necessità di particolari elettività batteriche per il determinismo di localizzazioni, già è spiegato nella relazione.

Sulle ricerche di Zanettin, è importante notare come alcuni dei suoi risultati positivi per le malattie oculari siano state ottenute lavorando con foci extra-buccali.

(*Continua*). A. POZZI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'angina a monociti.

In occasione di un attacco infettivo anche di apparenza benigno è sempre consigliabile l'esame di uno striscio di sangue. Questo ha permesso a Carrosse e Breuil (*Presse médicale*, 16 sett. 1933) di scoprire un'angina a monociti di cui la formula leucocitaria sul principio molto allarmante, si è andata poi migliorando.

Si trattava di un marinaio di 21 anni ricoverato all'ospedale per una tumefazione parotidea e sottomascellare, che aveva fatto pensare dapprima ad una parotite. Esisteva disfagia; l'amigdala destra era voluminosa, sparsa di puntini bianchi, velo palatino deviato verso destra. La formula leucocitaria diede: polinucleari neutr. 29, mononucleari grandi 23, m. piccoli 18, linfociti 30, presenza di mielociti neutrofili. Temperatura sui 38°-39°,8; cattivo stato generale, alito fetido, disfagia accentuata. In seguito, diffusione del processo anche all'amigdala di sinistra, che si ulcera ed in cui si trova lo stafilococco allo stato di cultura pura; milza palpabile. In successivi esami ematologici, si trovarono metamielociti, mieloblasti, cellule indifferenziate. La proporzione degli elementi monocitari toccò anche il 79 %, quella degli elementi anormali il 39 %. Cura antiinfettiva (electrargol, urotropina, vaccino di Bruschettini). Il malato andò poi migliorando, la formula leucocitaria si avviò verso la normale fino a guarigione completa.

Il caso degli AA. si discosta dal tipo abitualmente osservato per il numero elevato degli elementi anormali e delle cellule indifferenziate, di cui alcune presentavano 2-3 nucleoli e delle vere mostruosità cellulari che non si osservano di solito se non nella leucemia.

Gli AA. elencano poi i vari sinonimi di questa malattia che è più nota sotto il nome di febbre ganglionare di Pfeiffer. Le altre denominazioni sono: Linfomatosi sublinfemica acuta (Türk); Leucemia benigna acuta (Gross); Linfadenosi acuta (Machinley e Downey); Linfoblastosi benigna acuta (Bloendern e Houghton); Mononucleosi infettiva (Sprunt e Evan).

fil.

Laringite post-morbillosa a decorso prolungato.

In genere la laringite è un sintoma iniziale del morbillo e scompare d'ordinario quando l'esantema impallidisce.

D. Gallina (*Il Valsalva*, settembre 1933-XI) studiando il quadro della laringite morbillosa, si è imbattuto in malati nei quali, mentre la laringite assumeva un decorso prolungato e si rendeva più manifesta per marcati sintomi subiettivi ed obiettivi, la ricerca batteriologica rivelò la presenza del bacillo difterico, pur mancando le pseudomembrane.

Nei cinque casi riportati è notevole il prolungato decorso, l'afonia, il bruciore intenso nella regione laringea; obiettivamente: edema delle aritenoidi, ispessimento delle false corde e disturbi di motilità delle corde vocali vere. L'esame del tampone fu costantemente positivo per il bacillo di Loeffler. Questo entra nella etiologia di queste forme di laringite, associata agli altri germi che ne sono i fattori abituali.

L'A. è di opinione che si tratti di ceppi attenuati, capaci di produrre un leggero edema, con prolungato decorso della affezione, ma non di provocare la formazione delle false membrane. VICENTINI.

Adenoiditi, adenopatie e compressione digitale faringea.

Render ha pubblicato nel 1926 due casi di adenopatia durata varie settimane in bambini portatori di adenoidite e che guarirono rapidamente dopo compressione digitale rinofaringea e uno, collo stesso esito, portatore di otite. Due casi pubblicarono successivamente Gamaleia e Nicton.

G. Verger (*La Presse Médic.*, 8 luglio 1933) riferisce dettagliatamente su 5 casi di adenoidite acuta semplice, 5 di adenoidite acuta prolungata senza adenopatia, e 7 di adenoidite con adenopatia sempre con esito in guarigione rapida dopo compressione digitale nasofaringea.

Prima di praticare questa cura è bene escludere che si tratti di bambini tubercolotici o polmonitici o broncopolmonitici.

L'A. non approva l'opinione di Lermoyez e Vacher che lo schiacciamento delle adenoidi sia pericoloso nel periodo infiammatorio, perchè pensa che colla compressione non si fa altro che svuotare un ascesso. R. LUSENA.

Orchite da orecchioni senza interessamento delle parotidi.

L'orchite è una complicazione frequente della parotite (1:3) e nel 55 % dei casi è seguita da atrofia testicolare.

Nella letteratura sono riportati 64 casi di orchite da orecchioni senza interessamento delle parotidi. Un caso descrivono W. D. Bieberbach e F. Vibber (*The Journ. of the Americ. Assoc.*, 8 aprile 1933). Si trattava di un giovane di 32 anni, che aveva avuto una bambina ammalata di parotite due settimane prima e in cui l'orchite non trovava la sua causa nè nella blenorragia, nè nella sifilide, nè nella tubercolosi, nè in altre malattie infettive.

L'anatomia patologica dell'orchite da parotite fu descritta in occasione di interventi sul

testicolo: versamento nella vaginale, aumento di volume del testicolo, albuginea con chiazze emorragiche, epididimo pure ingrossato, cordone spermatico ingrossato ed edematoso.

Microscopicamente gruppi di tubi seminiferi distrutti con infiltrazione polimorfonucleare. R. LUSENA.

Edemi facciali nella pratica stomatologica.

Gli edemi facciali (G. W. Christiansen, *Americ. Medec.*, marzo 1933) possono essere acuti e cronici. Gli edemi acuti si hanno spesso dopo estrazione di denti. Sorge quindi il problema del quando è indicato estrarre un dente malato.

È controindicata l'estrazione di un dente se il paziente è in stato tossico con febbre alta e c'è una tumefazione locale che non ha ancora raggiunto lo stadio purulento. In qualche caso la causa è lo streptococco e non si giunge ad una vera suppurazione e l'estrazione del dente può facilitare l'inizio di una periostite diffusa. Anche l'incisione col drenaggio della parte edematosa presenta a volte dei pericoli.

Il drenaggio è invece nettamente indicato quando c'è pus. Nell'attesa si ricorra all'idroterapia locale calda e ad iniezioni di proteine.

I germi trovati colle culture sono lo stafilococco, lo streptococco, e il colibacillo.

R. LUSENA.

TERAPIA.

La necessità di essere conservativi nella terapia endocrina e nella ricerca endocrinologica.

In una conferenza tenuta il 15 giugno 1933 alla Sez. di farmacologia e terapia dell'84ª sessione annuale dell'Associaz. Medica Americana (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 2 settembre 1933) E. M. K. Geiling ricorda l'entusiasmo con cui vent'anni fa l'Osler parlava della nuova terapia con preparati di ghiandole a secrezione interna. Quell'entusiasmo era giustificato, perchè certamente un progresso notevole c'è stato per opera dell'endocrinoterapia.

Però i preparati opoterapici sono presentati al pubblico con frasi pubblicitarie che rappresentano spesso un inganno.

L'azione di vigilanza dello stato contro questi abusi non è facile. L'oratore ricorda un dibattito durato tre settimane con testimonianze di una novantina di studiosi per poter dimostrare l'inganno evidente con cui si era messa in commercio una specialità composta di uova, turpentina e ammoniaca, di cui si vantava l'efficacia nella tubercolosi polmonare.

La difficoltà del controllo per i prodotti opoterapici è aumentata dal fatto che non esistono standardizzazioni nè prove indiscutibili per prodotti instabili.

In materia di opoterapia, escludendo naturalmente le ricerche scientifiche, bisogna evitare le innovazioni di prodotti commerciali. Gli ormoni spesso sono contenuti in scarsissima quantità in prodotti di cui fanno parte proteine o derivati delle proteine; e queste ultime possono anche avere azione antagonista all'ormone.

Un esempio tipico in proposito è stato dato dall'insulina; nei primi tempi del suo uso fu notata un'iperglicemia precoce, seguita poi da ipoglicemia; quando si ottenne l'insulina purissima cristallizzata si vide che l'effetto iperglicemizzante non si produceva e che esso era dovuto all'impurità dei primi prodotti.

Un altro esempio è stato messo in evidenza dal Frank che ha trovato sette preparati ovarici con attività diversa uno dall'altro.

Una difficoltà nell'opoterapia fu resa nota recentemente a proposito dell'ormone paratiroideo: tanto nell'uomo che negli animali il suo uso provoca, diciamo così, un'immunità, per cui dopo un certo tempo esso è inefficace.

Un elemento non trascurabile negli esperimenti con estratti ghiandolari è quello che alcuni esperimenti sono stati fatti in narcosi.

Per tutte queste ragioni le innovazioni in opoterapia devono essere accettate con molta prudenza. R. LUSENA.

Il tallio nel trattamento del diabete.

A. Buschke (*Med. Welt*, 22 aprile 1933), in seguito a sue esperienze sull'influenza del tallio sul sistema endocrino, ha tentato tale sostanza nel diabete. Ha somministrato una soluzione di acetato di tallio ad 1/1000, facendone prendere tre milligrammi tre volte al giorno, preferibilmente prima dei pasti. Dopo circa 14 giorni, si è veduto che scompariva la glicosuria e che anche la glicemia diventava normale. Tale azione si manteneva a lungo (l'A. non dà indicazioni più precise). Importante si è che egli non osservò mai sintomi di intossicazione; può darsi che i diabetici abbiano una maggiore tolleranza per il medicamento.

L'osservazione ha non soltanto importanza pratica, ma anche teorica per lo studio della patogenesi del diabete, tanto più che non tutti i casi di diabete reagiscono allo stesso modo (il tallio avrebbe azione antagonista sull'ipofisi). *fil.*

FORMULARIO.

Nell'aerofagia della gravidanza.

Leven (*Journ. des praticiens*, 2 sett. 1933) consiglia la seguente pozione:

Carbonato di bismuto	g.	10
Gomma arabica	»	20
Acqua distillata	»	300

Da prenderne un cucchiaio ogni due ore.

Movimenti respiratori che realizzino un'espirazione prolungata: serie di 5 espirazioni ogni mezz'ora.

Bere con una paglia, proibire l'inghiottimento della saliva.

Se il bismuto non è tollerato, è consigliata l'atropina. *fil.*

NOTE DI DIETETICA.

Il valore alimentare ed antianemico dell'ostrica.

Animale interessante sotto molti punti di vista per i biologi che ne utilizzano il cuore per indagini fisiochimiche come ottimo reagente per lo studio farmacodinamico; che si interessano delle sue glandole genitali a tipo ermafroditico con curiose inversioni ritmiche del sesso prevalente; oggi è in primo piano ancora come fattore alimentare ed antianemico. Bayloc (*C. R. de la Soc. de Biol.* 1907) l'aveva già descritta come *alimento completo*. Ciò è stato di recente confermato (Lalesque-Llagnet). Su 100 parti contiene 7 di sostanze albuminoidi, 2 di grassi, 4 di idrati di carbonio ed 1 parte di sali minerali. Essa è ricchissima di vitamine (Chapeaux. *Thèse des sciences*, Bordeaux, 1932) contenendo le 4 vitamine fondamentali. Contiene inoltre *principî chimici* particolari: alte quantità di fosforo, calcio e magnesio, jodio, zinco, manganese e ferro (Wang-Tai-Si). Negli Stati Uniti, Pease, Levine, Culp e nel 1932 Conner han fatto delle interessanti esperienze che permettono di concludere per un alto *potere antianemico*.

L. Binet e M. V. Strumza (*Paris Méd.*, n. 26, 1° luglio 1933) hanno fatto delle interessanti ricerche perfettamente condotte su serie di cani e confermano questo potere antianemico in quanto hanno ottenuto un forte aumento del tasso emoglobinico e perfino un aumento marcato di peso, onde concludono che l'ostrica, oltre ad essere un alimento completo ed attivo, agisce sicuramente sul rinnovamento della crasi sanguigna. L. TONELLI.

MEDICINA PREVENTIVA.

La sensibilità tubercolinica saggiata nei vaccinati con germi morti della tubercolosi.

Alle affermazioni del Maragliano, che fa da tanti anni la vaccinazione antitubercolare con germi morti della tubercolosi fu fatta l'obbiezione che l'immunità relativa si acquista solo se esistono nell'organismo germi vivi e che l'immunizzazione è funzione dell'allergia (che si avrebbe solo per germi vivi).

Nel 1924 Petroff e Zinsser hanno dimostrato che è possibile ottenere ipersensibilità tubercolinica nella cavia sana dopo iniezione di bacilli uccisi al calore, e questa osservazione fu confermata da altri negli anni successivi. Vari autori sostennero che l'ipersensibilità tubercolinica si poteva ottenere con bacilli morti solo inoculando grande quantità di materiale.

Invece il Langer ottenne sensibilità tubercolinica nei lattanti usando dosi scarse di materiale vaccinico e l'epoca di comparsa delle reazioni corrisponde a quella che si ha abitualmente dopo infezioni spontanee.

C. Poggio e A. E. Carezzano (*Riv. di Patol. e Clin. della tuberc.*, 31 luglio 1933) hanno ricercato la sensibilità tubercolinica in 27 bambini vaccinati con germi morti della tubercolosi. Tutti i bambini presentavano cutireazione negativa, radiografia toracica normale e perfetto stato di salute

In un gruppo di 4 bambini che convivevano con malati di tbc. anche dopo la vaccinazione si ebbe reazione positivissima alla tubercolina dopo la vaccinazione. In due casi la positività comparve in così stretto rapporto di tempo colla vaccinazione, da doversi attribuire ad essa, tanto più che in due sensibilità scomparve dopo un anno e mezzo.

Fra cinque vaccinati che convivevano saltuariamente, prima della vaccinazione, con tubercolosi gravi e a lungo con tubercolosi non gravi dopo, si ebbero 4 reazioni positive.

Vennero vaccinati 11 bambini che mai convissero con tubercolosi,. Tre ebbero reazioni positive, cinque ebbero reazioni deboli.

Quindi nel 72 % dei casi la vaccinazione con germi morti dà reazioni positive, che compaiono più nette dopo la rivaccinazione.

R. LUSENA.

SEMEIOTICA.

Tolleranza al galattosio come misura della funzione epatica.

La tolleranza al galattosio fu proposta nel 1906 dal Baüer come prova della funzionalità epatica. J. H. Roe e A. S. Schwartzman (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, settembre 1933) hanno proposto molto logicamente di fare la prova del galattosio dando 1 gr. di galattosio per ogni chilo di peso facendo la galattosemia di 1/2 ora in 1/2 ora per 3 ore e poi cercando il galattosio nelle urine 2 ore e 1/2 dopo. Essi studiarono oltre la galattosemia anche lo zucchero totale del sangue.

Nei soggetti normali il rene non ha importanza nel produrre galattosuria, la quale non è in rapporto col galattosio del sangue. C'è, cioè, una soglia renale per il galattosio non uguale in tutti gli individui.

Nei malati di fegato (cirrosi, carcinoma metastasico, congestione passiva da scompenso cardiaco, epatite tossica o degenerativa) trovarono cifre normali di tolleranza. In 4 casi di ittero catarrale c'era galattosemia elevata mentre nella colelitiasi essa era bassa.

Da queste osservazioni gli AA. credono di poter dire che la prova del galattosio ha valore per indicare una lesione epatica solo quando questa è molto notevole. Essi ritengono che cifre normali di galattosemia siano quelle al disotto di 125 mg. %, cifre di 150 mg. % indicano malattia epatica, cifre tra 125 e 150 sono al limite del normale, che inoltre la galattosemia indica meglio della galattosuria lo stato funzionale del fegato. La prova del galattosio può riuscire normale in malattie gravi del fegato, come la cirrosi, quindi a questa prova non si può dare valore assoluto.

R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla flora microbica delle ulcere gastro-duodenali e dei cancri dello stomaco.

È nota la teoria infettiva dell'ulcera gastroduodenale del Rosenow: questi coltivando 54 ulceri croniche tipiche dell'uomo ha potuto isolare 42 volte uno streptococco in cultura pura, inoculando poi nelle vene di un gran numero di conigli o di cani, streptococchi isolati da ulceri umane o focolai infettivi bucco faringei è riuscito a provocare sperimentalmente lesioni gastro duodenali nell'83 % dei casi con gli stipiti gastrici e nel 26 % dei casi stipiti.

Non ripeteremo le discussioni di conferma o di smentita a tali ricerche, ovvero se l'infezione era da considerarsi primitiva o secondaria: riporteremo invece quanto hanno recentemente assodato Appelmans e Vassiliasis (*Revue belge des sciences médicale*, n. 3, 1932).

Questi autori hanno praticato l'esame batteriologico di 60 pezzi di resezione (23 ulceri duodenali, 17 ulceri gastriche, 2 ulceri peptiche, 18 cancri dello stomaco). In un terzo dei casi di ulceri gastro duodenali (in genere ulceri duodenali) le lesioni si sono dimostrate sterili, o per lo meno esse non hanno dato luogo a culture positive.

Quanto ai microbi isolati dalle ulceri gastro duodenali, il più spesso, astrazione fatta dai fermenti, sono stati trovati 16 volte su 40 degli stafilococchi, 12 volte su 40 gli streptococchi, 5 volte su 40 enterococchi, ed in tre casi questi due ultimi germi in associazione.

Nelle lesioni cancerose dello stomaco il reperto di microbi è costante. A livello delle lesioni i microbi si riscontrano raramente in cultura pura: vi esistono in associazione con altri germi. Quanto alla loro abbondanza, i microbi si sono riscontrati più numerosi nei cancri dello stomaco e meno numerosi nelle ulceri duodenali.

In un caso di perforazione da ulcera duodenale è stato esaminato nelle prime 18 ore il liquido peritoneale cui la perforazione aveva dato luogo: il versamento conteneva bacilli acidofili di Moro e, in una proporzione cinque volte minore, enterococchi. MONTELEONE.

VARIA

Purificazione dell'acqua con batteriofagi?

Un articolo editoriale del *Journal of the Americ. Medic. Assoc.* (2 settembre 1933) fa notare la presenza di lisine dei coli bacilli e di altri germi nell'acqua di laghi e fiumi. Secondo parecchi batteriologi questi batteriofagi hanno importanza nella purificazione naturale dell'acqua. Fenomeni specifici di batteriofagia si sono attribuiti ad alcuni fiumi indiani che hanno potere vibriocida e per questo in India si è provato con successo nei riguardi della diffusione del colera ad aggiungere a rifornimenti d'acqua municipale batteriofago del colera coltivato in laboratorio.

Dopo queste prove fu consigliata l'immissione di batteriofagi nelle piscine di nuoto, nei campi da seminare, sulle piante da proteggere. Ma questi consigli furono criticati da molti batteriologi. L'agente litico agisce più come un ormone o un enzima, però esso non agisce che quando raggiunge una concentrazione di circa un bilione di unità litiche per c. c.; quindi la sua diluizione lo rende inefficace. Di più: il fattore litico è assorbito da proteine, da colloidi non proteici, dal coalino e di fronte ad un'inibizione della lisi i germi possono diventare batteriofago-resistenti.

Il Beard ha studiato l'azione di numerosi batteriofagi anticolon e antistafilococco su ceppi batteriofago-sensibili in condizioni volumetriche, di temperatura, di alimentazione, e di stato colloidale e non colloidale molto vicino a quello dei rifornimenti idrici naturali. Il batteriofago non agì mai sui corrispondenti batteri nè questi diventarono mai batteriofago-resistenti. Per questo il Beard ritiene che il batteriofago non abbia importanza nella depurazione naturale delle acque. R. LUSENA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

C. ORTALI. *Sifilide ed alcoolismo.* — Acetetip., Milano, 1933.

L. CIARROCCHI. *Anicomicosi da mycotorula.* — Tip. Cordani, Milano, 1933.

R. F. FOSSATI. *Le ossidazioni intraorganiche.* — Tip. Nistri-Lischi, Pisa, 1933.

M. RAGAZZI. *I servizi d'igiene e di sanità durante l'anno 1932 nel Comune di Genova.* — Genova, 1933.

G. PIRANI. *La velocità di sedimentazione dei globuli rossi nella tbc. polmonare.* — Tip. Tavecchi, Bergamo, 1933.

U. NOBILI. *Contributo clinico allo studio delle lesioni contusive del fegato.* — Ind. Grafiche, Ferrara, 1933.

A. PACIFICO. *Rapporti tra stato neurovegetativo e disturbi da puntura lombare.* — Tip. A. Nicola, Varese, 1933.

G. ROI. *L'azione dello zolfo sul metabolismo generale dei lattanti distrofici.* — Tip. A. Nicola, Varese, 1933.

P. GUIDONE. *La vita, i tempi e le opere di Antonio Scarpa nel 1° centenario della sua morte.* — Tip. Campi, Fologno, 1932.

M. CERAVOLO. *Conferenza di propaganda per la terza Campagna antitubercolare nei Comuni rurali della Prvo. di Catanzaro.* — La Neografica, Roma, 1933.

U. NOBILI. *Considerazioni sul trattamneto chirurgico della calcolosi biliare colecistica.* — Riv. Italiana di Terapia, 1933.

R. CALVANICO. *Rendiconto clinico Sala Maternità e Ginecologia Ospedali Riuniti di Napoli.* — Ist. Ind. Edit. Meridionali, Napoli, 1933.

R. MAROTTA. *Il segno del ricorrente.* — Tip. Cooperativa Sanitaria, Napoli, 1933.

A. GUARDINCERRI. *I primi risultati in Italia di vaccino-terapia nella sclerosi a placca.* — Tip. Proia, Roma, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Il testo unico delle leggi sulla protezione e assistenza della maternità e infanzia.

Uno dei più importanti provvedimenti approvati dal Consiglio dei Ministri, nella sua ultima sessione, è quello riguardante il testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia.

Dalla legge 10 dicembre 1925, con la quale fu costituita l'Opera Maternità ed Infanzia, ad oggi, sono stati emanati numerosi provvedimenti legislativi, tendenti a perfezionare e a sviluppare l'opera assistenziale e i compiti di questa istituzione, procedendosi inoltre recentemente a un vasto ed organico riordinamento di tutta l'organizzazione.

La vasta opera compiuta appare in tutta la sua importanza quando si pensi che, prima del 10 dicembre 1925, esistevano in Italia circa 6000 istituzioni operanti ognuna per proprio conto e, se pur vasta era l'appassionata opera dei dirigenti, mancava quel coordinamento e quella base organizzativa che sono particolarmente in questo settore il coefficiente essenziale del successo.

Si trattava, inoltre, di curare l'assistenza alle madri e ai bambini non tanto come un sollievo ai bisogni individuali, ma come una funzione nazionale che realizzasse un vantaggio per il miglioramento della razza.

Il grave problema è stato affrontato e risolto dal Duce. Il regolamento alla legge 10 dicembre 1925, emanato il 15 aprile 1926, precisava i compiti dell'istituzione: integrazione e coordinamento delle attività svolte da altri enti o istituti e dai privati, vigilanza e controllo sulle singole istituzioni di assistenza, di vigilanza, sull'applicazione delle leggi e dei regolamenti.

Questi compiti sono stati assolti in modo encomiabile. Oltre un milione di madri e tre milioni di fanciulli sono stati assistiti. Attraverso le Cattedre ambulanti di puericultura, i 2500 consultori ostetrici e pediatrici e attraverso il collegamento di migliaia di istituti dei quali quasi 5000 sovvenzionati direttamente dall'Opera, tutta una serie di provvidenze pronte ed organiche sono state sviluppate per perfezionare la struttura dell'Opera.

Il provvedimento del Consiglio dei Ministri che coordina tutte le disposizioni in materia di assistenza e di protezione della maternità ed infanzia, raccogliendo in testo unico le disposizioni legislative vigenti, conferma con quanta vigile cura il Governo persegue i fini di miglioramento, di tutela, di incremento della razza.

Cronaca del movimento professionale.

Studenti e medici stranieri in Italia.

Il Sindacato Fascista dei Medici della Provincia di Perugia nella sua assemblea generale del 29 luglio XI ha preso in considerazione lo stato giuridico dei numerosi studenti e medici che vengono in Italia da altre Nazioni in cui specialmente gli appartenenti alla razza israelitica vengono esclusi dalle professioni liberali. Il Sindacato, pur lieto che vengano ospitati nel nostro generoso paese questi profughi e che apprendano la scienza dai nostri maestri, preoccupato che tali elementi non debbano poi divenire dei concorrenti contro i professionisti locali fa voti che agli stranieri sia pur concesso il conseguimento delle lauree in Italia, senza però diritto all'esercizio professionale.

L'ordine del giorno è stato inviato al Ministro dell'Interno, al Ministro dell'Educazione Nazionale ed ai Rettori delle Università.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Abbazia (*Fiume*). — Fino alle ore diciotto del venti novembre 1933-XII è prorogato il termine del concorso, per titoli, ai seguenti posti di medico presso il locale Ospedale Civile:
Primario-direttore, stipendio annuo L. 9600;
Primario-chirurgo, stipendio annuo L. 4800;
Radiologo, stipendio annuo L. 3000.

Gli stipendi sono soggetti alle trattenute di legge esclusa la riduzione del 12 %. Documenti di rito. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria della Congregazione di Carità di Abbazia.

Baronissi. — Vedi Salerno.

Bellagio (*Como*). — Al 15 nov., ore 17; L. 9000 e addizionale di L. 5 oltre i 400 pov., L. 2000-3500 motocicl. o automobile, L. 500 se ambulatorio in casa del medico, L. 1100 se uff. san.; età lim. 40 a.; doc. a 6 mesi dal 14 ott.; servizio entro 15 giorni.

Biella (*Vercelli*). *Ospedale degli Infermi.* — Posto di Primario Direttore della Sezione di Radiologia e Fisio-Terapia. Scadenza 15 dic. 1933-XII. Per informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale suddetto.

Bistagno (*Alessandria*). — Per titoli. Scadenza 30 ottobre 1933-XII. Periodo di prova anni due. Stipendio annuo L. 7000, suscettibile di cinque aumenti quadriennali. Indennità di cavalcatura L. 1500. Stipendio e indennità sono soggetti alla riduzione del 12 %. Età minima anni 21, massima 45, salvo eccezioni di legge. Chiarimenti ed elenco dei documenti possono essere richiesti alla Segreteria del Comune di Bistagno.

Caltanissetta. *Comune.* — Scad. 10 nov.; due medici condotti ed un medico necroscopo e supplente; L. 8000 oltre L. 572 serv. att.

Campana (*Cosenza*). — Scad. 20 nov.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 1000 per gl'inscritti oltre il migliaio; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

Castel S. Giorgio. — Vedi Salerno.

Catanzaro. *R. Prefettura.* — Posti di Ufficiali Sanitari Comunali di Belvedere Spinello, Dinami, Feroleto Antico, Francavilla Angitola, Ionadi, Melissa, Mesuraca, Nicotera, Petilia Policastro, Pizzo, Polia, Savelli, Sersale.

Stipendi da L. 4000 a L. 6000. Scadenza 30 novembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura (Divisione Sanità), Catanzaro.

Codigoro (*Ferrara*). — Scad. 10 nov.; 1ª condotta e direz. Ospedale Vitt. Em. III; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2200 serv. att., c.-v.;

riduz. 12 %; compartecipaz. proventi Ospedale dalla Congregaz. di Carità; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; voti esami speciali.

COMO. *R. Prefettura.* — Proroga 15 dic. del concorso per uff. san. del Comune di Cantù.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 30 nov., ore 17; due aiuti medici; titoli ed esami; età lim. 35 a.; lire 7050 da decurtarsi del 12 %, c.-v. e altre indennità regolamentari; doc. a 3 mesi dal 20 ott.; tassa L. 50. Per le altre condizioni chiedere avviso.

FOSSÒ (*Venezia*). — Scad. 15 nov.; L. 8500 e 5 quadrienni dec., c.-v., addizionale L. 5 oltre i 1000 pov., L. 500 se uff. san., L. 3000 cavallo; riduz. 12 %; età lim. 40 a.

GORIZIA. *Amm. Prov.* — Scad. 5 gen.; assistente nella Sez. med.-microgr. del Laborat. d'igiene e profilassi; L. 10.000 aumentabili di sei decimi, oltre L. 3000 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

IMOLA (*Bologna*). *Manicomio di S. Maria della Scaletta (Osservanza).* — Scad. 30 dic.; medico; L. 13.500 oltre L. 3000 serv. att., c.-v., L. 2000 indenn. abitaz. se ammogliato, vitto nei giorni di guardia.

LIVORNO. *Comune.* — Scad. 14 nov.; 2 medici condotti aggregati; età lim. 35 a.; L. 11.000 elevabili a L. 15.000 mercè 5 aumenti quinquennali, oltre L. 2000 serv. att., c.-v.

LUINO (*Varese*). *Ospedale di Circolo « Luini Gonfalonieri ».* — Scad. 10 dic.; L. 5000 oltre L. 1000 indenn. direzione; compartecipaz.; età lim. 25-40 a. al 10 ott. Rivolgersi segreteria dell'Amministrazione ospedaliera.

MESSINA. *Comune.* — Scad. 15 nov.; medico capo Sezione dell'Ufficio municipale d'igiene; L. 13.700 elevabili a L. 16.000 per effetto di 4 quadrienni, oltre L. 3300 serv. att., c.-v., ritenute di legge; età lim. 30 a.; tassa L. 50,20.

MONZUNO (*Bologna*). — Scad. 31 ott.; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., L. 500 ambulat.

OLEVANO SUL TUSCIANO. — Vedi SALERNO.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Scad. 20 nov.; assistente effettivo di medicina; L. 5500 decurtate del 12 %; 2 bienni dec.; medaglie di L. 30; ecc. Età lim. 33 a. Tassa L. 50,10.

PESARO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare di Pesaro-Urbino.* — Per titoli ed esami. Posto di direttore Sanitario del Consorzio direttore del Dispensario Antitubercolare. Stipendio annuo L. 20.000 oltre ad un supplemento di servizio attivo di L. 2000 annue al lordo delle ritenute di legge; più le indennità di trasferta e di missione nella misura stabilita per i funzionari dello Stato con Decreto 11 novembre 1923 n. 2395 e successive modificazioni, la iscrizione alla Cassa Naz. Assic. Sociali per l'assistenza contro la tubercolosi ed alla Cassa di Previdenza per i Sanitari. Obbligo di residenza nel capoluogo della Provincia; inibizione del libero esercizio di medico-chirurgo. È soltanto consentita la privata consulenza nella specialità, nei limiti fissati dal Regolamento. La domanda in carta da bollo da L. 3 accompagnata dai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le rispettive modalità possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria del Consorzio presso l'amministrazione Provinciale di Pesaro, debbono pervenire alla Segreteria predetta non più tardi delle ore 18,30 del 15 gennaio 1934-XII.

RONCOFERRATO (*Mantova*). — Scad. 31 dic.; pel capoluogo; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 500 ambulat., L. 2020-1800-800 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SPIGNO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 15 nov.; 2ª cond.; L. 7040 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 trasp.

SACCO. — Vedi SALERNO.

SALERNO. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posti di Ufficiale Sanitario nei Comuni qui sotto elencati. Stipedio, oltre quattro aumenti quadriennali del decimo, come segue: Baronissi L. 4000; S. Valentino e Torio L. 3000; Sacco L. 5000; Castel S. Giorgio L. 4000; Olevano sul Tusciano L. 3000. Età non superiore anni 45 salvo eccezioni di legge. Domanda, documenti di rito. Termine utile ore 12 del 30 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi Ufficio Sanitario Provinciale di Salerno.

SAN VALENTINO E TORIO. — Vedi SALERNO.

TORRE DE' BUSI (*Bergamo*). — Consorzio medico-chirurgico Torre de' Busi-Monte Marenzo. Per titoli. Stipendio annuo L. 10.000. Indennità mezzi di trasporto L. 2500. Lire 2 e rispettivamente Lire 5 per ogni inscritto nell'elenco dei poveri. Caro-viveri di legge. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 % come da Decreto 20 novembre 1930, n. 1491. Aumenti del decimo ogni cinque anni e per cinque volte. Documenti di rito. Scadenza 31 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Torre de' Busi.

UDINE. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli ed esami. Due posti di Assistente presso il Laboratorio Provinciale di Igiene e di Profilassi. Uno per la Sezione Medico-Micrografica e l'altro per la Sezione Chimica. Stipendio L. 11.000; indennità serv. att. L. 2500; più il 10 % sui proventi di laboratorio; N. 6 aumenti periodici del decimo. Riduzione del 12 %. Divieto dell'esercizio professionale privato. Tassa di concorso L. 50. Scadenza ore diciotto del 7 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Udine.

VARAPODIO (*Reggio Cal.*). — Scad. 9 nov.; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 600 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.

VIPACCO (*Gorizia*). — A tutto 31 dic.; consorzio di 3 Comuni; L. 7920 oltre L. 440 serv. att., L. 2640 automobile, c.-v.; 6 quadrienni dec.; ritenute di legge. Punti negli esami speciali e di laurea.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Leopold Lichwitz, già appartenente all'Ospedale Rodolfo Virchow di Berlino, è nominato capo della divisione medica dell'Ospedale Montefiore di New York, quale successore del dott. Bernard S. Oppenheimer, che ha rinunziato alla carica per dedicarsi interamente all'Ospedale Monte Sinai della stessa città.

Il dott. W. W. Babcock di Filadelfia è eletto presidente dell'Associazione Americana di ostetrici, ginecologi e chirurgi addominali.

La dott.a Howthome Darby è nominata direttore dell'Ospedale Mary J. Johnston di Manila (Isole Filippine), al posto della dott.a Rebecca Parish, che fondò l'ospedale nel 1907 e da allora lo ha diretto.

NOTIZIE DIVERSE.

Anno XII.

Il Fascismo prosegue senza soste nella sua poderosa opera ricostruttiva, mobilitando tutte le forze nazionali.

La rigorosa disciplina politica, economica e sociale, l'azione assistenziale sempre più vasta ed efficiente, l'impulso impresso alla cultura di ogni grado, il vasto programma di lavori pubblici e di risanamento del suolo, il piano organico d'intese internazionali: tutta questa attività molteplice è in corso di realizzazioni continue e va portando i suoi frutti copiosi.

Nell'iniziare l'anno XII, la Nazione è saldamente stretta intorno al suo Duce e s'identifica col Fascismo.

* * *

Ci ripromettiamo di documentare le più importanti opere inaugurate all'inizio dell'anno XII nel campo sanitario e assistenziale.

I congressi medici di Pavia.

Hanno costituito l'avvenimento medico più importante dell'annata in Italia. Ci asteniamo dal darne notizia in questa rubrica, perchè ne iniziamo un ampio resoconto in altra parte del giornale.

24° Congresso italiano di ortopedia.

Si è svolto a Palermo, come avevamo annunziato, con larghissimo intervento di studiosi specializzati, tra i quali alcuni stranieri.

L'inaugurazione ebbe luogo il 22 ottobre, al Palazzo delle Aquile, nella sala delle lapidi, alla presenza del ministro dell'Educazione Nazionale on. Ercole. Dopo il saluto della città ospite, portato dal podestà, e quello dell'Università, dato dal prof. Scaduto, parlarono il prof. Galeazzi, presidente della Società Italiana di Ortopedia, e il prof. Calandra, presidente del Congresso. Il ministro Ercole portò il saluto augurale del Governo fascista. All'inizio dei lavori il prof. Galeazzi lesse un ordine del giorno col quale la Società rinnova l'espressione della sua gratitudine al Duce e Capo del Governo fascista per le provvidenze legislative attuate in pro dei grandi invalidi del lavoro e per avere posto le basi della statistica degli storpi, paralitici e mutilati esistenti in Italia, ai fini della loro assistenza nazionale; fa voti perchè sorga in Italia un numero sufficiente d'Istituti di ortopedia con annessa Scuola del lavoro; fa anche voti perchè siano istituite cattedre per l'insegnamento dell'ortopedia nelle università che ancora ne mancano.

Sui lavori riferiremo prossimamente.

22° Congresso italiano delle scienze.

Si è svolta a Bari la XXII Riunione della Società Italiana delle Scienze, alla quale hanno partecipato più di mille studiosi, convenuti da ogni parte d'Italia. La riunione è stata solennemente inaugurata in un'atmosfera di vibrante entusiasmo fascista; sono intervenuti alla cerimonia le rappresentanze del Senato, della Camera e del P. N. F., le autorità ed i gerarchi provinciali del Partito, numerosi deputati, senatori, accademici; essa è stata presenziata dal rappresentante del Governo, S. E. il Ministro di Grazia e Giustizia on. prof. De Francisci, e presieduta dal presidente del Comitato ordinatore, S. E. il ministro on. Araldo Crollalanza.

Il Commissario del Comune, ha porto il saluto della città; l'on. Di Crollalanza ha quindi pronunciato un elevato discorso. Hanno poi parlato il presidente della Società, on. Blanc, il Rettore magnifico, prof. Mariani, il prof. Bonet, rappresentante della Bulgaria, e infine il ministro De Francisci, che dopo una vibrante orazione ha dichiarato aperto il 22° Congresso in nome del Re.

In assenza di S. E. De Blasi, indisposto, il discorso inaugurale venne tenuto dal prof. Pochettino, dell'Ateneo torinese.

Tra i lavori hanno avuto parte la biologia e la medicina. Ci limitiamo a segnalare una comunicazione del prof. Pende sulla scienza della individualità umana, una del prof. Gaifami sulla ginecologia e la politica demografica, ed una del prof. Sangiorgi sulla epidemiologia e la demografia della regione pugliese.

Ci riserviamo di dare un breve resoconto dei lavori, per la parte che interessa la medicina.

Il congresso è stato, come di consuetudine, intramezzato da gite e trattenimenti.

In occasione del congresso predetto, durante i giorni 14 e 15 ottobre si è tenuto a Bari la 18ª riunione del Gruppo centro-meridionale-insulare della Società Italiana di Radiologia Medica, sotto la presidenza del prof. Del Buono.

Associazione stomatologica internazionale.

Ha tenuto la sua assemblea triennale a Vienna, sotto la presidenza del prof. Szabò di Budapest. Si è proceduto al rinnovamento delle cariche per il prossimo triennio, durante il quale avrà luogo, a Bologna, il 2° congresso internazionale di stomatologia. L'ufficio di presidenza è risultato così costituito: presidente il prof. Arturo Beretta (Bologna); vice-presidenti i proff. Herpin (Parigi), Vaumosueux (Lovanio), Sturm (Budapest) e Brühm (Düsseldorf); segretario generale il prof. Giovanni Corradi e segretario aggiunto il dott. Aimone Brunetti (Bologna). Su proposta del prof. Arlotta, vennero acclamati soci emeriti i proff. Szabò (Budapest) e Coen Cagli (Roma).

La lingua latina nelle pubblicazioni scientifiche.

Il Consiglio nazionale delle ricerche ha aderito ad una iniziativa presa nella occasione del terzo congresso nazionale dell'Istituto di studi romani che si propone di svolgere un programma orga-

nico per il rifiorire dell'uso della lingua latina come lingua scientifica internazionale.

Al fine di condurre su vasta scala i lunghi e difficili lavori necessari per la compilazione di lessici contenenti la traduzione in latino dei vocaboli e concetti peculiari e propri delle varie discipline scientifiche moderne, sono stati presi accordi di massima per lo svolgimento di una concorde attività nell'ambito delle discipline di cui si occupa il Consiglio.

In seguito ad intese preliminari si è giunti alla nomina di una delegazione composta di rappresentanti del Consiglio nazionale delle ricerche e dell'Istituto di studi romani, che indagherà il modo migliore per tradurre in atto gli accordi presi.

La commissione è stata composta, per il Consiglio nazionale delle ricerche, dal prof. Giuseppe Gianfranceschi e dal prof. Giovanni Magrini; per l'Istituto di studi romani, dal sen. prof. Federico Millosevich, dal prof. Vincenzo Ussani e da Carlo Galassi.

Gli ospedali in Italia.

L'Istituto centrale di Statistica ha accertato che in Italia gl'istituti di assistenza sanitaria — ospedali, sanatori, case di cura, convalescenziarî — assommano a 2086, non comprendendo nel numero gli ospedali militari, le infermerie presidiarie militari, dei collegi, delle carceri, gli ambulatori, i dispensari ecc.

La capacità media degli istituti predetti è di 114 letti.

Ogni 100 abitanti viene a disporre di 6 letti; ogni 100.000 abitanti di 5 istituti.

Ospiti illustri.

Sono stati in Italia i dottori W. Schulemann e W. Kikuth, ai quali la medicina deve la plasmochina e l'atebrin per la cura della malaria. Hanno visitato l'Istituto di malariologia diretto da G. Bastianelli, la Stazione sperimentale antimalarica diretta da A. Missiroli, la bonifica dell'Agro Pontino, le zone risanande della Sardegna ecc. Hanno espresso la più calda ammirazione per l'Italia rinnovata dal Fascismo.

Lo Schulemann dirige a Elberfeld (Germania) i grandi laboratori scientifici delle Fabbriche che hanno per nucleo la Casa Bayer; il Kikuth è preposto alla Sezione biologica degli stessi laboratori.

Quivi ora si vanno elaborando nuovi prodotti terapeutici, tra cui notevole uno per la cura della lebbra.

Dottorati ed esercizio medico abusivo in Francia.

I dottori per antonomasia sono i medici; ma in Francia, come in Italia e altrove, si rilasciano anche diplomi di dottore in diritto, in lettere, in scienze ecc. Generalmente questi diplomi sono più facili a conseguire che il dottorato in medicina; perciò chi vuole esercitare illegalmente la medicina, spesso si fornisce di qualcuno di quei titoli, per trarre in inganno la clientela, eludendo la legge.

Per i veterinari era stato prescritto, in Francia, che il titolo di dottore fosse seguito sempre dalle parole: « in medicina veterinaria »; ma questa disposizione non è sempre ottemperata e non è raro che dei veterinari, valendosi della confusione, esercitino la medicina umana.

Ora è venuta la volta dei farmacisti, i quali hanno ottenuto, dopo molte agitazioni, il titolo di dottori e ne fanno grande sfoggio per giustificare meglio le consultazioni e le prescrizioni mediche, di cui anche prima facevano grande abuso.

Finalmente sono venuti i dentisti ad agitarsi per ottenere il dottorato. Al tempo stesso, però, si è determinato un altro movimento: i medici specializzatisi in questo campo si adoperano perchè l'esercizio della specialità sia riconosciuto soltanto ai medici; alcuni anzi vorrebbero che, dopo la laurea, fossero richiesti degli studi di perfezionamento; i dentisti non medici verrebbero messi al bando, analogamente a ciò che si è ottenuto in Italia. Le due parti avversarie hanno forti appoggi politici; la contesa ha assunto tonalità aspre, che pur troppo tradiscono il movente dell'interesse economico; intanto il ministro, il quale dovrebbe fare il vantaggio della collettività e non cedere alle pressioni dei gruppi, è disorientato e non sa come regolarsi.

Ultimamente un gruppo di dentisti radiologi ha fondato a Parigi un istituto, che rilascerà il titolo di dottore in elettroradiologia dentaria. Non occorrerà essere medici. Il Sindacato dei medici ha protestato; ma ciò non toglie che, all'inaugurazione dell'istituto, siano intervenuti varî ministri, il prefetto della Senna, il Consiglio comunale quasi al completo e altre autorità, inconsapevoli della mistificazione; non solo, ma sono stati pronunziati grandi discorsi di plauso. Risultato: si estende sempre più la pratica irregolare della medicina, tollerata ed incoraggiata da chi dovrebbe vietarla od infrenarla. Ne deriva una situazione imbarazzante e paradossale.

Medici stranieri in Spagna.

Il « Consejo General de Colegios Médicos » e altri corpi medici professionali di Madrid si sono occupati dell'affluenza di medici provenienti dalla Germania a causa dell'intensa lotta antisemitica che si va svolgendo in questa Nazione.

Sono stati considerati tre casi. Quando si tratta di medici di scarso valore, la mancanza di titoli che autorizzino l'esercizio in Spagna, l'insufficiente conoscenza della lingua, la diversità stessa di concezioni, creano ostacoli quasi insormontabili alla loro attività e quindi non c'è da preoccuparsene. Quando si tratta di medici di reputazione scientifica riconosciuta, essi saranno bene accolti, a condizione che si modellino all'ambiente e non assumano arie di sufficienza e tono d'ipercritici; si contentinó di accettare quanto si può loro offrire. Infine, si dà il caso dei « bluffisti », i quali credono di poterla fare da maestri; così di recente è stato tenuto un corso di perfezionamento per medici, adatto tutt'al più per studenti e che costituì una vera offesa alla classe medica madrilena.

I medici stranieri che portano il contributo del loro sapere e sono animati da sensi di stima, saranno ricevuti con colleganza e cordialità; i ciarlatani e gl'incapaci saranno respinti.

Limitazione delle nascite in Inghilterra.

Il movimento per la limitazione delle nascite in Inghilterra compie progressi impressionanti. Esso fu iniziato nel 1876 dal dott. C. Bradlaugh, con la pubblicazione del libro « Frutti della filosofia », il quale gli valse un processo e la prigione; ma i tempi ora sono cambiati, poichè le

autorità tollerano la propaganda, compiuta attivamente da una società, la « National Birth Control Association », presieduta da una personalità spiccata, lord Horder; tollerano anche l'istituzione di numerosi ambulatori, ove s'insegnano i mezzi più idonei ad evitare la fecondazione, sotto gli auspicî della dott.a Maria Stopes, autrice di varie pubblicazioni al riguardo (non è una medichessa, ma una laureata in scienze naturali). Un indice dell'assoluta libertà lasciata nel trattare l'argomento, è dato dal fatto che una delle riviste mediche più reputate dell'Inghilterra, il « Practitioner », ha dedicato recentemente un intero numero alla limitazione delle nascite. È pure significativo il fatto che la Chiesa romana, la quale si era sempre opposta al movimento, resta ora passiva.

In queste condizioni non c'è da sorprendersi se la natività in Inghilterra è caduta ad un limite minimo. Si parla di « suicidio di razza ».

Verso la riforma del Codice Penale in Germania.

A causa dell'irrequietezza politica, erano stati interrotti in Germania gli studi per la riforma del Codice Penale; ma ora si annunzia che verranno ripresi. Intanto si sono emanate norme legislative su questioni speciali.

Nel campo medico sociale, notevole è il divieto assoluto della pubblicità riguardante le pratiche abortive. Per una strana contraddizione, queste pratiche erano condannate dalla legge, ma ne era autorizzata la pubblicità: così nei giornali politici si leggevano avvisi espliciti riguardanti rimedi efficaci e sicuri, case discrete, levatrici che offrivano i loro servigi ecc.; ora questa pubblicità è punibile con ammende e con la prigione fino a due anni. È fatta eccezione per i giornali medici e farmaceutici che circolino nella sola classe sanitaria.

Altre disposizioni riguardano i maltrattamenti agli animali, severamente vietati, comunque commessi (anche se a scopi scientifici, fatte poche eccezioni).

Azioni giudiziarie.

Il Tribunale di Gloucester (Inghilterra) ha giudicato una causa intentata da un medico per risarcimento d'infortunio.

Mentre il medico era disceso dalla propria auto per osservarne il carburatore, venne investito da una macchina che procedeva in direzione opposta e che tentava di sorpassare un camion. La macchina investitrice, che era guidata dall'agente di commercio di un editore, non si fermò; solo tre quarti d'ora dopo fu ricondotta sul posto da due guardie che la rintracciarono. L'accusato si difese affermando che il medico aveva fatto uno scarto all'improvviso, da dietro la sua macchina; ma questa circostanza risultò inesatta. Egli si difese anche affermando di non aver notato l'investimento: perciò aveva proseguito oltre.

Come esito dell'infortunio, il dottore ha avuto la mano destra molto danneggiata. Il perito, prof. H. Growes, clinico chirurgo all'Università di Bristol, ha dichiarato di non assicurare che si potrà ottenere il ripristino funzionale della mano.

Il Tribunale ha accordato al medico un indennizzo pari ad un milione di lire it.

Un po' dovunque.

L'« Assemblée française de médecine générale », che si riunisce a Parigi 3-4 volte l'anno, nella settima riunione ha preso in esame gli esiti remoti delle pleuriti.

In queste adunanze convengono i grandi maestri della medicina ed i pratici.

Il congresso francese di chirurgia che si riunirà nel 1934, sotto la presidenza del prof. Cunéo, tratterà i seguenti temi: « Chirurgia delle surrenali » (relatori Lebovici di Parigi e Stricker di Strasburgo), « Artriti suppurate del ginocchio » (rel. Mondor di Parigi e Fourmestraux di Chartres); « Rectiti stenosanti » (rel. Weiss di Strasburgo e Gatellier di Parigi).

Si è anche stabilito un tema per il 1935: « Tecnica e sequele fisiologiche degli interventi sul diaframma (frenicectomia eccettuata) ».

La Dieta Medica Tedesca, « Deutscher Aerztetag », che era stata differita due volte, è stata sospesa.

È stata costituita un'« Associazione dei Tisiologi della Repubblica Czecoslovacca »; alla presidenza è stato nominato il dott. Jaroslav Jedlięka, direttore dell'Istituto per ricerche tisiologiche all'Università Carlo di Praga. L'Associazione è divisa in parecchie Sezioni, di cui una riguarda i sanatori, preventori e ospedali; una i dispensari; una l'esercizio privato; ecc. Sono ammessi medici di tutte le nazionalità. Per ora l'associazione rivolgerà i suoi sforzi unicamente allo studio dei mezzi profilattici e curativi della tubercolosi: non s'interesserà dei problemi scientifici e dottrinarî.

La Sezione Regionale Siciliana della Federazione Italiana per la lotta contro la tubercolosi si è adunata a Palermo il 5 luglio, sotto la presidenza del prof. L. Manfredi, assistito dal segretario prof. V. Fici; furono fatte comunicazioni dai soci L. Burruano, M. Lucacer, L. Cannavò, A. Culotta, L. Aiello.

Il prof. Rafael Ucros, fondatore della Clinica di ginecologia e chirurgia addominale alla Scuola medica di San Giovanni di Dio in Bogotá (Colombia), ha lasciato la cattedra.

È morto a Edimburgo, in età di 57 anni, l'eminente radiologo WILLIAM HOPE FOWLER. A causa di radiodermiti cancerizzatesi, aveva dovuto subire in primo tempo l'ablazione di due dita della mano sinistra e poi dell'intero braccio destro. Nello scorso febbraio venne visitato dal Re d'Inghilterra, che gli conferì un'alta onorificenza.

È morto a Washington il capitano medico dott. CHARLES MARTELL, colpito da tumore delle paratiroidi e correlativa osteofibrosite deformante. Egli aveva perduto 35 cm. di statura e le sue ossa erano divenute così fragili, che due volte egli si fratturò le braccia nel rivoltarsi a letto, durante il sonno. Ha lasciato il suo corpo per ricerche anatomo-patologiche.

Il prof. FRIEDRICH FÜLLEBORN, direttore dell'Istituto per le malattie navali e tropicali di Amburgo, è morto in età di 66 anni.

Durante il 14° Congresso dei medici slavi è improvvisamente deceduto il prof. KARWOWSKI, direttore della Clinica dermatologica dell'Università di Posen (Polonia).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Riforma Med., 15 lug. — S. MAUGERI. Potere ossalolitico del sangue.

Pathologica, 15 lug. — F. IOVINO. Corpi sferoidali nell'ipertrofia prostatica. — E. PANCOTTO. Idronefrosi colesteriniche.

Minerva Med., 21 lug. — L. CAPORALE. Disectasia del collo vescicale.

Difesa Soc., giu. — A. MISSIROLI. Perchè la bonifica risana il terreno.

Wien. Klin. Woch., 28 lug. — GROAG e TOMBERG. La terapia con onde corte.

Arch. Istit. Biochim. It., mag. — M. MAINO. Sterilità ormonica temporanea. — E. RASTELLI. La reazione attuale della cute.

Proc. R. Soc. of Med., lug. — Discussioni su: sterilità; artrite suppurativa acuta del ginocchio. — Casistica.

Deut. Med. Woch., 28 lug. — SCHNEIDER. Personalità psicopatiche.

Riv. di Patol. e Cl. d. Tuberc., 31 lug. — C. POGGIO e A. I. CAREZZANO. La sensibilità tubercolinica saggiata nei vaccinati con germi morti della tbc. — P. GILBERTI. Tbc. della mammella. — V. BARONI. L'infiltrato di Assmann.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 lug. — Numero di oto-laringologia.

Presse Méd., 26 lug. — P. PAQUIEZ e al. Epilessia sperimentale nella cavia.

Mediz. Klinik, 28 lug. — W. WEITZ. Trattam. dell'ascesso e della gangrena polmonari. — F. BARDACHSI. Roentgenterapia delle ipertireosi.

Zeitsch. f. Tuberk., lug. — E. GABE. Pressione venosa nella tbc. — H. ALEXANDER. Infiltrato precoce nella tbc.

Bull. Méd., 29 lug. — Numero sull'educazione fisica.

Journ. Méd. Franç., lug. — Numero sull'indossilemia e l'indossuluria.

Rev. Méd. de Barcel., giu. — J. A. PINÓS e A. ROMERO. Trasversostasi. — A. LIPSCHÜTZ. Localizzazione dell'ormone testicolare.

Practitioner, ag. — P. MANSON-BAHR. La malaria e i suoi effetti. — A. T. TODD. Trattam. dell'asma. — H. DOUGLAS-WILSON e S. MILLER. Trombo-flebite migrante.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 6 Novembre 1933 - XII Num. 45

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Ossaluria e parassitosi intestinale.

Prof. V. GIUDICEANDREA
docente di Patologia speciale medica, Roma.

Per lo studio della patogenesi e del significato clinico dell'ossaluria non si può fare a meno di prendere in considerazione, pur con le dovute riserve, le opinioni, con molta frequenza finora espresse, intorno all'origine gastro-intestinale della medesima.

Non certo si può restringerne il concetto ad una pura e semplice derivazione alimentare, per effetto cioè della introduzione di sostanze ossalofore, contenenti molto acido ossalico, o ossaligene, capaci di provocarne nell'interno dell'organismo una più notevole produzione. Se così fosse, il numero degli ossalurici, che pure incontriamo con notevole frequenza nella pratica, sarebbe infinito; mentre è logico ammettere in proposito la preesistenza di particolari deficienze dei processi di trasformazione e assimilazione organica, per cui può in vario modo modificarsi il tasso ossalemico e l'eliminazione ossalica renale.

Si è già visto difatti con numerose esperienze che non si ha produzione di una vera ossaluria con l'introduzione abbondante di acido ossalico per mezzo di determinati alimenti.

Recentemente Maugeri, servendosi di un nuovo metodo per la determinazione dell'ossalemia, ha potuto dimostrare che questa non viene influenzata dalla soppressione di alimenti ossalofori od ossaligeni, e che viceversa l'ingestione dei medesimi può innalzare l'ossalemia, ma *soltanto in individui già ossalurici*, per presumibile incapacità funzionale specialmente del fegato, che normalmente trattiene o trasforma l'acido ossalico introdotto.

In tal modo si risalirebbe all'opinione di coloro che pongono l'ossaluria essenzialmente tra le malattie del ricambio: opinione che ebbe l'espressione massima nella teoria di Cantani, che la ritenne un'entità nosologica del tutto speciale, e che, anche per osservazioni successive di molti, tra cui Castellino, Fittipaldi, Viale, Loeper ed altri, assumerebbe il particolare aspetto di un difettoso metabolismo degl'idrati di carbonio, per cui si è giunti all'indicazione della terapia insulinica.

La conseguente affinità fra iperossalemia ed

ossaluria da un lato e iperglicemia e glicosuria dall'altro ne avrebbe una importante conferma. Ed in proposito si può dire che non è raro incontrare nella pratica individui che sono glicosurici ed ossalurici insieme.

Ma come conciliare tali opinioni con quelle di numerosi altri osservatori che notarono l'ossaluria in condizioni morbose diversissime (affezioni gastriche o intestinali, forme infettive o tossiche, distrofie costituzionali, particolari stati neuropatici ecc.) e che ebbero l'assertore massimo in un altro colosso della Scuola napoletana, Cardarelli, che la ritenne in tali casi una pura manifestazione sintomatica, un semplice fatto incidentale di secondaria importanza?

Si resterebbe in un caos di pareri e di interpretazioni se per uscirne non si avesse un filo conduttore nell'ammettere che, pur trattandosi di condizioni morbose diverse, dalle medesime potrebbe derivare una particolare influenza su alcuni processi fondamentali del metabolismo, mentre in altri casi questi possono apparire alterati per cause proprie, primitive, poco definibili, come lo sono ancora tante affezioni del ricambio.

Da ciò ad ogni modo deriva la giustificazione della ricerca e dello studio accurato di quelle particolari affezioni morbose nel corso delle quali si suol trovare, tra gli altri sintomi, anche l'ossaluria.

Come per tanti altri problemi nosologici ancora molto oscuri, dal prolungato e paziente lavoro di analisi di fatti molteplici verrà la sintesi, che potrà rappresentare la logica soluzione.

*
* *

Secondo l'anzidetta direttiva possiamo considerare quello che è stato osservato ed ammesso finora intorno alla genesi gastro-intestinale dell'ossaluria.

L'attenzione sulla medesima fu richiamata tra i primi da Prout, nel senso che l'acido ossalico si originasse da anormale digestione e trasformazione delle materie zuccherine.

Altri notarono che l'ossaluria spesso si accompagna a fenomeni di dispepsia, e anzi qualcuno la ritenne un semplice sintoma di quest'ultima. Ma non si fu d'accordo sul gruppo di alimenti dalla cui imperfetta digestione sarebbe derivato il fenomeno, poichè De Martini considerava le sostanze azotate, e De Dominicis insistette in questo senso *per qualsiasi dieta pur che ne derivassero tossine*, e ricordò osservazioni per le quali, essendovi o con la sola dieta carnea o di soli farinacei disturbi dispeptici, quando questi cessarono anche l'ossaluria più non fu rilevata.

De Dominicis inoltre, pur non escludendo la possibilità di una sindrome a tipo astenico di cui la dispepsia non basta da sola a spiegare il congegno, e uno stato di distrofismo per malattie diverse, mise in rilievo l'importanza dell'acido idroclorico per impedire la produzione e la salificazione dell'acido ossalico nello stomaco, allargando in tal modo la sede dell'origine dispeptica del fenomeno, che altri avean limitata all'intestino, ed estendendola cioè allo stomaco quando nel medesimo si ha un ambiente in prevalenza alcalino.

*
* *

Le mie osservazioni, per quel che riguarda l'eventuale intervento dello stomaco nella produzione di ossaluria, sono perfettamente d'accordo con quelle di De Dominicis.

Non è infatti infrequente osservare individui che accusano disturbi tipici di dispepsia gastrica, con senso di peso e di tensione iniziatosi poco tempo dopo il pasto, e persistente per più ore dopo il medesimo, spesso con eruttazioni gassose, e infine con senso di bruciore per fermentazioni e produzione di acidi anormali.

In molti dei detti casi le urine sono debolmente acide o più spesso alcaline (specialmente se per errato concetto terapeutico si fa uso di alcalini, o anche senza di questi); hanno alto peso specifico e sono cariche di fosfati o di ossalati, o di ambedue questi elementi.

Si ha inoltre un complesso di fenomeni astenici che deriva dall'eccessiva perdita di fosfati o di calcio sottratto per la formazione dei cristalli di ossalato; e in quest'ultimo caso con frequenti artralgie o mialgie più o meno intense, e spesso in forma di crisi.

Contro questo complesso sintomatico (dispepsia gastrica, ossaluria o fosfaturia, astenia) ho più volte rilevato la benefica azione dell'acido idroclorico, dato in acqua a 10 o 12 gocce a fine pasto. Suol conseguirne, col rapido migliorare delle funzioni gastriche, la progressiva riduzione più lenta dell'ossaluria e più rapida della fosfaturia, e della sindrome astenica.

*
* *

Per quanto precede in riguardo alle condizioni funzionali abnormi dello stomaco si comprende come possano avere eguale e forse maggiore importanza, per l'alcalinità naturale dell'ambiente nell'intestino, le varie cause da cui, oltre la possibilità di una primitiva disfunzione chimica, possono derivare disturbi dispeptici, fermentazioni anormali e quindi intossicazioni.

Per la possibile azione di germi si era già rilevato che in alcune forme di enterite e nel

tifo può aversi con una certa frequenza ossaluria, accompagnata spesso da indicanuria.

Sono pur da ricordarsi le esperienze di Schittenhelm con l'azione del *B. coli* su soluzioni zuccherine, con la produzione di acido ossalico. Altre ne furono fatte con culture di funghi, specialmente con l'*Aspergillus niger*, la cui azione ossaligena, rilevata con le prime osservazioni di Roulin e di Mollard su mezzi zuccherati, può manifestarsi, secondo Lichtwitz, anche nell'intestino, e pure fuori del medesimo, ad es. nelle caverne tubercolari.

Ma si tratta per lo più di esperienze *in vitro*, confermate per l'ambiente intestinale da quelle di De Sandro, con una coppia di *Bacterium oxalatigenum* che nel medesimo può produrre dalle sostanze zuccherine l'acido ossalico.

Sulla possibilità dell'azione di parassiti nel detto senso si trovano soltanto qua e là pochi accenni; e come osservazione particolare è da ricordarsi quella riportata da Loeper, per un individuo affetto da *tenia*, e che presentava iperossaluria cessata dopo l'espulsione del parassita.

Loeper però dà importanza ai grossi parassiti verminosi come la tenia, perchè ricchi in glicogeno, e quindi per questa ragione da considerarsi come vari e propri elementi ossaligeni.

Anche Bellinghieri ha recentemente sopravalutato nello stesso senso il contenuto glicogenico dei grossi parassiti.

Non si è prestata attenzione su altri parassiti, molto piccoli, ma di più o meno notevole azione patogena, e che possono influire in vario modo sull'ambiente intestinale e sullo stato generale, provocando una tossiemia che, come produce anemizzazione, disturbi nervosi ecc., potrebbe del pari, con un meccanismo pur discutibile, produrre iperossalemia e ossaluria.

* * *

L'esperienza ormai lunga mi ha portato alla persuasione che, per la frequenza delle parassitosi intestinali, se si facesse con maggiore diligenza l'esame delle feci, si eviterebbero molti errori diagnostici e terapeutici, e particolarmente molte operazioni chirurgiche per sindromi appendicolari che, provocate da parassiti, possono rapidamente cessare colla soppressione dei medesimi. E potrei riferire parecchi casi del genere.

Ma credo di poter dire di più, e cioè che, se si osservassero con maggiore frequenza le feci, si troverebbe più spesso la spiegazione, almeno iniziale, di molte forme di ossaluria, che ho potuto persuadermi esser frequente quando vi sono parassiti nell'intestino.

Ne avevo avuta la vaga percezione da tempo; e infine ho potuto raccogliere un discreto numero di positive osservazioni, poichè quando trovo parassiti nelle feci non trascuro l'esame delle urine, e viceversa per ogni ossalurico non trascuro l'esame delle feci.

Dico subito che il rapporto non è costante, e cioè mentre per lo meno è frequente quando vi è reperto positivo di parassiti nelle feci, non risulta egualmente quando in presenza dell'ossaluria si fa la ricerca dei parassiti: il che dimostra la possibilità di altri coefficienti.

Non di tutte le osservazioni compiute in tal senso ho tenuta nota particolare, e quindi posso riferire solamente su alcune.

Un primo gruppo di casi riguarda infestioni da *chilomastix* erroneamente da alcuni ancora ritenuto innocuo, e per le quali devo anzitutto rilevare le notevoli differenze con cui può clinicamente presentarsi l'infestione stessa.

In due casi l'andamento della malattia era quello di un'enterite cronica, che durava da anni, con frequenti riacutizzazioni e aumento della diarrea; ed in uno esisteva anche notevole anemizzazione.

In altri due casi mancavano i sintomi di enterite, ma vi erano spiccatissimi fenomeni di fermentazione intestinale, con notevole produzione di gas e gonfiore del ventre, che qualche volta cresceva in modo impressionante; e vi erano inoltre gravi sintomi di astenia.

In un altro caso vi era febbre abbastanza elevata, mantenutasi tale per parecchi giorni, con andamento analogo a quello di un'infezione tifosa, ma senza tumore di milza e con prova di Widal negativa. Vi erano segni di colite, con feci semifluide, filanti e un po' scure, nelle quali trovai numerose forme di chilomastix.

La sindrome in pochissimi giorni cessò coll'uso della naftalina depurata, che si dimostrò del pari utilissima in tutti gli altri casi, in alcuni dei quali mi fu possibile seguire il malato constatando, dopo la scomparsa dei parassiti, anche la più lenta cessazione dell'ossaluria.

Altre mie osservazioni del genere riguardano:

Due casi di infestione da *Ameba istolitica*, con qualche cristallo di ossalato anche nelle feci; ma devo aggiungere che in qualche altro caso della detta infestione non trovai ossaluria.

Due casi di infestione da *Tricocefalo*, mista in uno con la presenza di numerose forme di *Endolimax nana*. Uno di questi malati aveva presentato imponenti sintomi di appendicite, con eosinofilia al 12,5 %; e tutto cessò con l'uso del timolo.

Due casi di *Lambliasi*, in uno dei quali pure vi erano notevoli sintomi appendicolari per cui l'infermo stava per entrare in una casa di salute; e tutto cessò colla cura medica.

Tre casi in cui si notavano nelle feci numerose *Blastocisti*, che alcuni ritengono parassiti innocui, ma che nei casi stessi erano indubbiamente in rapporto con evidenti fenomeni di colite e di fermentazioni intestinali.

Tre casi di *Amebiasi coli*, mista in uno con la presenza di *Endolimax nana*.

Un caso di intensa *Spirochetosi* intestinale.

Le precedenti osservazioni credo che sieno sufficienti almeno per richiamare l'attenzione sulla possibile correlazione tra ossaluria e parassitosi dell'intestino.

E mi preme di far rilevare che nelle medesime non si trattava di grossi elminti come la tenia, per la quale si è data importanza all'alto contenuto in glicogeno come causa del fenomeno; bensì di piccoli parassiti di vario genere, la cui presenza nell'ambiente intestinale non poteva essere indifferente per la produzione di tossine e l'eventuale conseguente risentimento epatico e del metabolismo generale.

Un gruppo di osservazioni collaterali mi conferma in questo concetto; e son quelle riguardanti la coesistenza dell'ossaluria con l'*Amebiasi vescicale*. Difatti un'enorme quantità di cristalli di ossalato nelle urine si notava nel caso pubblicato da Penso; e lo stesso reperto, benchè meno imponente, notai nel mio caso che comunicai all'Accademia medica di Roma ed in altri due occorsimi successivamente.

Col moltiplicarsi delle osservazioni il rapporto tra le varie parassitosi intestinali e l'ossaluria potrà sempre più confermarsi e chiarirsi nel suo meccanismo, a proposito del quale si pensa subito, per evidente analogia, alle affermate correlazioni delle medesime coll'eosinofilia.

Anche per l'eosinofilia non si può escludere in tali casi la frequenza; ma del pari è da ammettersene l'incostanza.

Vuol dire che in particolari condizioni l'azione di elementi parassitari nell'intestino può produrre speciali alterazioni organiche delle quali potrà col tempo chiarirsi la natura, e per cui può aversi ossaluria od eosinofilia; o più spesso la loro coesistenza, che ho ricordato essere stata evidentissima in uno dei sopra accennati miei casi di infestione da tricocefalo.

Naturalmente accanto a dette possibilità di più agevole constatazione e che permettono spesso, per la facile eliminazione dei parassiti, brillanti risultati terapeutici, spiccano le altre in cui, per rendersi conto delle genesi dell'iperossalemia e dell'ossaluria, non si può parlare di parassitosi.

Sono appunto le suaccennate speciali alterazioni organiche, ma di ben altra origine; per alcune delle quali, inerenti, come ho accennato, a spiccata ipocloridria, la cura diretta può pure dare eccellenti risultati; mentre altre, indubbiamente dipendenti da particolari condizioni del ricambio, primitive, e ancora misteriose nella loro intima genesi, sono tenacemente ribelli ad ogni cura, a meno che non si confermi l'efficacia della terapia insulinica.

Il problema dello studio patogenetico dell'ossaluria risulterebbe più complesso; ma la medesima riassume sempre più l'aspetto di una sindrome in eventuale rapporto con condizioni morbose diverse.

RIASSUNTO.

L'A. riporta una serie di personali osservazioni di coincidenza dell'ossaluria colla presenza di piccoli parassiti nell'intestino (chilomastix, forme amebiche diverse, tricocefalo, lamblie ecc.) e ritiene che la constatabile frequenza del fatto derivi da conseguenti alterazioni del chimismo intestinale e dall'influenza dello stato tossico relativo sulla funzione epatica e sul metabolismo.

Ritiene però che questa sia soltanto una delle possibilità da considerarsi per lo studio patogenetico dell'ossaluria, che può estrinsecarsi anche come una primitiva alterazione del ricambio o nel corso di condizioni morbose di vario genere, tra le quali spesso l'ipocloridria gastrica.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE D'ORVIETO - SEZ. CHIRURGICA.

Un caso di necrosi emorragica del pancreas tipo pseudo-cistica di Körte.

G. TROGU, primario e direttore.

Le relazioni dei proff. Tusini e Gasbarrini tenute al congresso di Bari nell'ottobre 1931 hanno aggiornato l'argomento della etio-patogenesi, diagnosi e cura delle malattie acute e croniche del pancreas. Pure, ogni caso nuovo studiato presenta sempre qualche lato interessante e degno di rilievo come contributo casistico e clinico.

Riferisco subito il mio caso: B. D., di anni 64, agricoltore, di Allerona, ricoverato il 3-III-1933, con sindrome di occlusione intestinale acuta.

Nulla nel gentilizio sia nel ramo diretto che collaterale. Ha due fratelli e due sorelle sani con proie sana. Il paziente, nato a termine, fu allevato al seno materno; nell'infanzia soffrì solo il morbillo, adolescente e maturo non soffrì morbi venerei. A 40 anni sposò una donna sana dalla quale ebbe due figli sani; a 42 soffrì non in modo grave di reumatismo acuto per pochi giorni. A 52 anni fu colpito da polmonite grave sinistra, cui susseguì empiema sinistro metapneumonico per cui fu operato nel dicembre 1919 di costotomia e di pleurotomia. Stette in cura per circa quattro anni e si può dire che da allora non si sia più rimesso in modo tale da poter accudire validamente ai suoi lavori di contadino. In com-

plesso però non accusò gravi disturbi prima dell'attuale malattia, che risalirebbe a qualche mese addietro. Escluso ogni qualsiasi trauma addominale, sei mesi addietro, fu sorpreso in pieno benessere da dolori vivi all'epigastrio, accompagnati da conati di vomito e astenia generale, senza febbre, che lo obbligarono al letto per alcuni giorni: da allora non stette mai più bene. Doloretti vaghi si ripetevano verso la regione ombellicale accompagnati da stitichezza e da stanchezza. Non sentiva più liberi i movimenti di flessione addominali e aveva la sensazione di un po' di tumefazione profonda talora dolente. Oltre l'indebolimento generale dimagrì progressivamente e la cute gli divenne di una tinta leggermente bronzina. Solo dieci giorni prima dell'ingresso in Ospedale fu di nuovo sorpreso da violenti dolori all'epigastrio che si irradiavano all'ipocondrio sinistro, regione ombellicale, regione colica sinistra, che l'obbligarono a letto. Si sentì fortemente depresso, ebbe qualche conato di vomito, l'alvo ostinatamente chiuso; gli si accentuò il colorito bronzino della cute. L'addome gli divenne giorno per giorno più grosso con tendenza alla tensione che cercò di vincere purgandosi prima con olio di ricino e poi con infuso di senna.

Nei giorni 1-2 di marzo peggiorò per l'alvo completamente chiuso e il giorno 3 il collega di Allerona me lo inviò con sindrome di occlusione.

E. O. Uomo fortemente sofferente, viso rugoso, bronzino, occhio ancora vivo, respiro prevalentemente toracico, polso piccolo, ritmico. Torace con spazi intercostali evidenti, denutrito. Esiste una cicatrice retrattile al torace sinistro, postumi di costotomia.

L'attenzione mia, che vedo il paziente per la prima volta, è richiamata sull'addome che si presenta tesa, in contrattura marcatissima specie alle regioni epigastrica, ombellicale, ipocondrio sinistro e colica sinistra. La palpazione non è molto dolorosa ma poco riesce ad apprezzare. Non si rilevano ingrossamenti di anse localizzate; la percussione dà risonanza timpanica all'epigastrio da dove va smorzandosi verso la regione ombellicale e colica sinistra.

La risonanza timpanica ricompare alle fosse iliache più a destra che a sinistra e nel quadrante destro. L'ascoltazione con la percussione delimita una ottusità che dalla metà dell'epigastrio si porta a quattro dita trasverse in basso della cicatrice ombellicale e lateralmente dalla pararettale destra alla regione colica destra. Il timpanismo ricompare verso il fianco sinistro e nell'area del triangolo del Petit; lo stomaco appare spinto in alto e così pure il colon trasverso. La palpazione bimanuale non riesce a delimitare la zona ottusa rilevata alla percussione per la forte tensione addominale, ma mette in evidenza la fissità di questa zona che non segue i movimenti respiratori. La cute è di colorito normale e non aderisce affatto alla sottostante massa ottusa.

Esame radioscopico: La volta diaframmatica a destra è mobile ampiamente: nella metà destra dell'addome, fatta eccezione della regione paraombellicale, sia la regione colica, come l'angolo colico destro e regione fossa iliaca destra si presentano chiare. La volta diaframmatica di sinistra dà un'ombra confusa con l'opacità addominale. Il margine inferiore dell'ombra cardiaca non è separabile. La respirazione costale è buona. La chiarezza del torace esclude l'ernia diaframmatica. La metà sinistra dell'addome, dalla regione sottodiaframmatica alla bis-iliaca sinistra è opaca e maggiormente alla regione ombellicale dove alla palpazione vi è una estesa tumefazione dura, tesa dolente. All'osservazione obliqua vi è chiarezza nel tratto posteriore esterno; non vi sono modificazioni di veduta tanto all'ortoscopio che al trocoscopio. La mancanza di cambiamento di posizione depone per la fissità dell'opacità ombellico-ipocondriaca.

La diagnosi radiologica e clinica attendibile era di cisti voluminosa retroperitoneale fissa con tutta probabilità alla dipendenza della coda pancreatica e determinante occlusione per distenzione e compressione.

Urine: P. S. 1018, acide, albumina negativa, zucchero negativo.

Pressione al polso col Pachon: Pmx. 120, Mmn. 8.

3-III-1933, ore 16: Intervengo in anestesia rachidea percainica alta con taglio paraombellicale sinistro. La parete addominale è libera dalla tumescenza, che appare voluminosa come la testa di un bambino e si trova sotto il colon trasverso. La tumescenza è come imbrigliata dal mesocolon e da aderenze, che incido tra due lacci, per avere una superfice libera e permettermi di valutarne la localizzazione con la mano. La enorme cisti è sessile facente corpo con la coda del pancreas. La superficie, liscia, ha un colorito oscuro di sacca sanguigna. Con punti sottili fisso la superficie liberata al peritoneo, indi protetto il campo, faccio la puntura esplorativa che mi dà sangue liquido nerastro. Allargata cautamente la puntura ho uno zampillo di liquame sanguinolento oscuro per più di due litri fino ad afflosciamento parziale della sacca. Durante lo svuotamento il polso del paziente si mantiene buono e non allarmante. Introduco un dito nella sacca e trovo solo profondamente sangue raggrumato. La parete della sacca è cotennosa, friabile, internamente appare liscia; ne recido un pezzo per l'esame. Dreno bene la sacca per evitare un'altra poussée emorragica, e ottenuta la diminuizione della pressione addominale, con due larghi punti di seta riavvicino la cute sulla zona marsupializzata. Il drenaggio dà per alcuni giorni abbondante filtrazione siero-sanguigna che si tramuta poi in filtrazione sierosa. Il drenaggio viene rinnovato fino all'organizzazione dei coaguli profondi. Il 10 aprile il p. lascia l'Ospedale, ma solo verso la fine di aprile la ferita laparatomica è completamente rimarginata. La sera stessa dell'atto operativo il paziente ha flatulenze e l'alvo libero dopo clistere glicerinato. L'andamento post-operatorio fu buono e completamente afebbrile.

Chirurgicamente non era possibile l'exeresi della grossa sacca per le aderenze e per l'impianto sessile di essa. Per isolare completamente la sacca avrei dovuto recidere, per l'impossibilità del distacco, l'ampia zona del meso fortemente irrorata da arcate vasali, cosa che avrebbe pregiudicato il colon trasverso; non mi restava che la marsupializzazione (Gussenbauer) con la quale riuscii lo stesso a salvare l'infermo. Il paziente mi venne a trovare in Ospedale nella prima quindicina di maggio e lo ritrovai in buone condizioni. Aumentato di peso non lamenta alcun disturbo gastrointestinale e mantiene l'alvo sempre regolare. Esaminate nuovamente le urine si presentano normali; malgrado le ottime condizioni il paziente presenta il colore della cute sensibilmente bronzino.

La parete cistica era costituita da tessuto connettivo che esternamente aderiva ai tessuti vicini ed internamente non presentava una parete propria tappezzata da epitelio.

L'esame del liquido siero-sanguinolento, aspirato con la puntura di prova, si mantenne fluido per molto tempo. Dopo diverse ore i globuli rossi sedimentarono nella provetta e il siero soprastante assunse un colorito citrino.

Il liquido era di reazione anfotera e conteneva delle materie albuminoidee. Col metodo Arthus e Huber misi in evidenza la presenza di cristalli di tirosina e col metodo Grützuer-Gangee tracce di lipasi.

Etio-patologia. — Premesso che il mio malato escluse ogni qualsiasi trauma all'addome, che non lamentò mai disturbi a carico del fegato e delle vie biliari, che non soffrì di elmintiasi intestinale, che non soffrì veri e propri disturbi gastro intestinali, che non fu contagiato da lue, che tolto il lieve attacco di reumatismo acuto stette in seguito sempre bene, che non lamentò localizzazioni tubercolari, che era modesto bevitore e fumatore, quale causa diretta o indiretta, determinante o predisponente può essere invocata nella etiopatogenesi della pancreatite emorragica a poussée che lo mise in pericolo di vita?

I fattori etio-patologici menzionati sono stati in diverso modo invocati dai vari autori fra i tanti altri più attendibili che verrò esponendo, e si può dire che ognuna di queste cause predisponenti o determinanti abbia potuto essere sostenuta nei singoli casi di pancreatite acuta osservata e studiata.

Ammesso pure che debbano tenersi in giusto conto nei riguardi della diffusione di questa terribile malattia il clima, l'età, il sesso, le razze, la costituzione, le abitudini, l'alimentazione, l'obesità, ecc. è certo che tale molteplicità di cause viene a confermare l'oscurità che ancora regna sull'etio-patologia almeno di molti casi.

Molti altri autori nei loro casi e nelle loro prove sperimentali hanno trovato un nesso causale più intimo tra pancreatite acuta emorragica ed altre malattie predisponenti. I traumatismi sono fattori indiscutibili per molti (Rosembach, Strauss, Arrigoni, Fucci, Chiarugi, ecc.); le infezioni puerperali, la polmonite, il tifo, il vaiuolo, l'osteomielite ecc., avrebbero per altri autori un valore importante nella patogenesi delle pancreatiti. Furono pure da altri invocati i disturbi circolatori della vena porta, della splenica, le ischemie dirette e indirette del pancreas, la stasi linfatica degli organi vicini al pancreas ecc., ma le cause più accreditate sono le ripercussioni pancreatiche dipendenti dal reflusso della bile sia per colelitiasi, angiocoliti, epatiti biliari, calcolosi del coledoco o nella papilla di Vater (Schmieden, Nordman, Majo, Guleche, Rossi, B. Körte, Neumann, ecc.). Questi studi di conseguenza hanno consigliato la revisione delle vie biliari nella cura delle pancreatiti.

Marchiafava, Simpson e Withle trovarono la stessa litiasi pancreatica causa delle pancreatiti. Fitz riconosce una genesi bacterica nelle pancreatiti e così tanti altri vedono tale genesi nelle vie linfatiche delle appendiciti (Chantal, Hinton, ecc.) nelle ulcerazioni degli organi vicini e nelle stesse ulcerazioni del pancreas da qualcuno messa in dubbio (Giordano).

Tra le tante teorie, delle quali taluna tralascio per brevità, quella di Zencher, che attribuisce l'origine fondamentale delle lesioni all'azione del fermento lipolitico del pancreas colpito da processi morbosi, è la più accettata. È stato pure dimostrato che questi fermenti possono versarsi nel peritoneo; possono essere riassorbiti, e, disseminati nell'organismo, generarvi lesioni caratteristiche (in Italia: Alessandri, Frugoni, Stradiotti). Questi due ultimi trovarono il fermento lipolitico nella sierosità del cavo pleurico e non potendo riconoscere la via sanguigna, per esperienze fatte, ammisero una via linfatica transdiaframmatica.

Nel caso mio non credo che germi attenuati siano arrivati al pancreas dal cavo pleurico sinistro per via linfatica o sanguigna e abbiano provocato una turba pancreatica tale da generare un processo di auto digestione del tessuto ghiandolare per attivazione endo-parenchimale del tripsinogeno, ma ricordando la via linfatica addomino-transdiaframmatica pleurale (Frugoni, Stradiotti), verrebbe di pensare alla stessa via in senso inverso, attraverso alla quale sostanze tossiche fermentative generate nel cavo pleurico sinistro (ove da cinque anni aveva sede l'empiema cronico) potrebbero essere pervenute al pancreas. Queste sostanze tossiche fermentative, arrivate al pancreas per la via suddetta, possono avervi acceso turbe lipolitiche tali da ingenerare il primo focolaio necrotico pancreatico e le successive *poussées* emorragiche fino al quadro clinico da me riscontrato.

Diagnosi. — La diagnosi delle pancreatiti acute sono sempre di probabilità perchè allo stato attuale delle nostre conoscenze non vi è una sintomatologia differenziale. La clinica ci insegna al riguardo quante altre lesioni acute addominali possono essere confuse col quadro delle pancreatiti acute. Il dolore, l'inizio brusco, il vomito, il polso; il colasso, l'occlusione, l'ipotermia, sono comuni a molte malattie

acute addominali. L'assenza di contrattura, di difesa delle pareti addominali non è costante. Nel caso mio forse questa difesa sarà mancata nel primo stadio della malattia, ma quando il paziente cadde sotto la mia osservazione presentava l'addome fortemente teso, dolente.

Ho notato però che questa tensione addominale non era uniforme in tutti i quadranti in quanto si rilevava più marcata nella regione ove esisteva l'ottusità. Questo dato anche associato alle altre manifestazioni non poteva autorizzare una diagnosi precisa. Maggiore importanza aveva il reperto percussorio che delimitava una vasta zona ottusa attorniata da una zona timpatinica, non bene chiara però nei quadranti di sinistra; ma anche questo quadro dato dalla percussione non è caratteristico in quanto lo si può riscontrare nelle cisti mesenteriali, negli ematomi mesenteriali, nelle raccolte saccate fissate in un secondo tempo (milza, rene cistico voluminoso, cistomi ovarici, cisti da echinococco, ecc.). La fissità della tumescenza ha gran valore, ma se si pensa che spesso questi ammalati cadono in esame del chirurgo in condizioni gravi con complicanze di occlusioni secondarie, anche la fissità non è caratteristica, nè possibile ad accettarsi.

Anche la glicosuria è priva di valore; io non l'ho riscontrata nè prima nè dopo l'operazione.

Molte ricerche di laboratorio sui fermenti pancreatici, sulla colesterinemia, iperglicemia, domandano tempo prezioso mentre invece urge immediato intervento.

Io ho ritrovato un sussidio prezioso per una diagnosi di probabilità nell'esame radioscopico accurato toraco-addominale anche senza il pasto opaco. La zona ottusa addominale appariva manifesta all'esame radioscopico non solo, ma nei fianchi veniva delimitata anche per il contrasto dell'ombra che differiva da quella epatica. L'ombra era oscura in modo caratteristico e faceva pensare ad una raccolta sanguinolenta. Tale reperto radioscopico però ho riscontrato altre volte nelle ipertrofie di milze fisse colliquate e in cisti ovariche apoplettiche con risentimento peritoneale. Nelle cisti fisse a contenuto liquido chiaro, e nelle idronefrosi voluminose, il reperto radioscopico dà un quadro che si differenzia alquanto, però senza dati che autorizzino una diagnosi di sicurezza. L'esame radioscopico quindi è di grande sussidio per valutare le occlusioni da briglie, da ernie interne, da trombosi mesenteriale, da torsione di cisti ovariche, da torsione del testicolo, dalla peritonite acuta dovuta a perforazione di ulcera gastrica o duodenale, a perforazione della cistifellea, dell'appendice, e a gravidanza extrauterina; inoltre per valutare le occlusioni da coliche renali, ureterali, da torsioni, invaginazioni intestinali, da volvuli, da annodamenti, da ileo paralitico, da ostruzioni interne (neoplasie, vermi intestinali, calcoli biliari, fitobezoari, ecc.) in rapporto alle occlusioni meccaniche da pancreatite acuta con voluminosa sacca a contenuto sanguinolento.

Ciò non ostante la diagnosi di necrosi emorragica pancreatica speudocistica di Körte con sindrome di occlusione resta sempre una diagnosi di probabilità.

Esito. — L'estirpazione della pseudo cisti può presentare le maggiori difficoltà ed è solo possibile quando è peduncolata. Quando invece ha un impianto sessile ed è incapsulata tra infinite aderenze il trattamento seguito dai più è la marsupializzazione che ha dato i migliori risultati.

Il mio paziente gode oggi buona salute, ma, come da casi registrati in letteratura, non si può escludere che possa avere una recidiva acuta mortale o una recidiva a *poussée* riproducente ancora una pseudo cisti più o meno voluminosa.

RIASSUNTO.

L'A. illustrando un caso di pseudo-cisti emorragica del pancreas, ritiene nelle considerazioni etiopatogenetiche, che non sia stato del tutto estraneo l'empiema cronico come causa predisponente tossica della pancreatite.

BIBLIOGRAFIA.

Data la trattazione sintetica del lavoro non è possibile riportare la vasta letteratura sull'argomento, elencata per esteso nei recenti lavori dei proff. TUSINI e GASBARRINI.

RIVISTE SINTETICHE

Gli avvelenamenti da funghi.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

Si verificano spesso in questa stagione degli avvelenamenti da funghi e si può dire che non passi giorno che la cronaca dei giornali non ne segnali qualche caso, talora anche mortale. Trattasi, per lo più di avvelenamenti collettivi, in quanto che parecchie persone della stessa famiglia hanno mangiato lo stesso alimento gustoso e tossico. In qualche occasione, il numero dei colpiti ha dato l'impressione che si trattasse di un'epidemia, come avvenne in Toscana, nell'ottobre 1928; in pochi giorni, di fatto, sono stati ricoverati al servizio ospedaliero tossicologico di Firenze 38 persone con avvelenamento da funghi, fra cui 15 nella stessa giornata. Il numero delle vittime è da ritenersi elevato; il Mattirolo riferisce che gli risulta da statistiche inoppugnabili che nella sola Europa ogni anno vi sono circa 10.000 vittime di tale veleno. A giudicare dalle statistiche italiane in questi ultimi anni i morti non sono molto numerosi.

Diciamo subito, per togliere ogni preoccupazione, che tali avvelenamenti non si hanno mai nelle città, per funghi acquistati sul mercato. In tutte le nostre città, di fatto, il servizio annonario micologico indica le specie che possono essere vendute (1) e sottopone a rigorosa sorveglianza da parte di persone esperte tutti i funghi che si spacciano sul mercato. Gli avvelenamenti si verificano soltanto con funghi raccolti da gente inesperta che crede di conoscerli bene e che confonde evidentemente i funghi tossici con altri eduli.

I VELENI DEI FUNGHI.

Per molto tempo, si è ritenuto che i veleni dei funghi fossero costituiti essenzialmente dalla muscarina; ulteriori studî, fatti specialmente da W. Ford e da G. Ferri, hanno dimostrato l'esistenza di diversi tipi di veleni, corrispondenti a diversi tipi di avvelenamento. Essi possono così raggrupparsi:

1) *Funghi muscarinici.* — Contengono basi organiche azotate, specialmente del gruppo delle amine, tipo la muscarina (della *Amanita muscaria*), analoga alla colina, la neurina. È solubile in acqua, da ciò la possibilità di svelenamento gettando l'acqua in cui ha bollito il fungo; e però piuttosto stabile, sicchè può resistere bene al disseccamento.

Nel *quadro clinico*, predominano sintomi di eccitazione del sistema nervoso centrale e periferico (delirio, miosi, crampo dell'accomodazione), delle ghiandole (scialorrea, sudori), dell'apparato nervoso dello stomaco e dell'intestino (gastralgia, crampi, diarree, tenesmo) e della vescica (pollachiuria od anuria), del vago (bradicardia, con arresto definitivo del cuore in diastole). Particolarmente rilevabili sono i sintomi da parte dei centri cerebrali (ebrezza, cefalea, vertigini, atassia, convulsioni).

La sindrome si manifesta già 1-2 ore dopo l'ingestione. L'esito non è sempre mortale. Non si hanno lesioni particolari all'autopsia.

2) *Funghi emolitici.* — L'emolisina contenuta nei funghi può essere termolabile e quindi distrutta dalla cottura (*Amanita rubescens*, *Lactarius torminosus* e tutti i funghi che tossici da crudi sono innocui quando sono cotti) e termostabile (*Inocybe infelix*); a questo ultimo gruppo appartiene la *Gyromitra esculenta*, di cui il principio attivo è l'acido elvellico.

La sindrome determinata da questi funghi è più o meno nettamente emolitica (epatomegalia, itterizia, emo- e meteloglobinuria, splenomegalia) insieme con sintomi di irritazione gastro-intestinale, più lievi e tardivi (5-10 ore dopo l'ingestione).

3) *Funghi acri-resinosi*, di cui i principî attivi sono costituiti da resine acri (acidi resinoidi), che esplicano azione irritante sulle mucose dell'apparato digerente. Molti sono i funghi di questo gruppo, fra cui parecchie specie di *Lactarius*, di *Russula*, di *Boletus* (*B. satanas*), l'*Ifoloma fasciculare* (falso chiodino).

Il *quadro morboso* si ha poco dopo l'ingestione (da 1/2 a 2 ore), con segni di gastroenterite acuta (dolori gastro-intestinali, nausea, vomito, diarrea); raramente si hanno sintomi generali (cefalea, deliquio, crampi, iperidrosi, bradi- o tachicardia) e l'intossicazione, salvo circostanze eccezionali (in individui con tare renali) guarisce in 1-3 giorni.

4) *Funghi tossino-emolitici.* — Sono quelli che determinano gli avvelenamenti più gravi, quasi sempre mortali. Contengono due veleni: una emolisina che è ancora attiva a diluizione di 1/125.000 ed una tossina alcaloidea (fallina) di natura chimica non bene precisata, molto resistente, tanto che viene distrutta soltanto in soluzione acida bollente. Si ritiene che la sostanza originaria (che si trova specialmente nello stroma) debba subire delle modificazioni nell'organismo prima di provocare i fenomeni tossici. Questo e non la lentezza dell'assorbimento spiegherebbe il ritardo nella manifestazione dei sintomi, cosa che si osserva generalmente con alcaloidi solubili in acqua.

Tale veleno è attivissimo. Mentre la dose

(1) I nostri regolamenti sono molto restrittivi al riguardo e permettono soltanto la vendita di poche specie, mentre all'estero se ne ammettono molto di più (a Zurigo, è permessa la vendita di 150 specie). Il consumo raggiunge cifre elevatissime; a Milano, nel 1924, sono stati venduti 1100 quintali di funghi freschi, 320 di secchi e 350 di conservati, provenienti per la maggior parte da Pracchia e dalla Valtellina.

mortale di muscarina per l'uomo è di 500 mg. (ciò che corrisponde a circa 3 kg. di funghi freschi), bastano, per la fallina, 35 mg. Elevato è anche il potere emolitico; 8 mg. (la metà della quantità totale contenuta in un fungo di medie dimensioni) bastano per emolizzare un litro di sangue.

Tipo di questi funghi è l'*Amanita phalloides*, con le congeneri (*verna* (1), *virosa, panterina*).

La *sindrome tossica è tardiva* (generalmente 12-24 ore, raramente meno). Si hanno sintomi gastro-intestinali, qualche volta imponenti, ma non sempre marcati, con risentimento dei varî organi: fegato grasso, dolente, talora con itterizia, reni, sistema nervoso (intelligenza integra, depressione psichica, talvolta miosi, crampi) miocardio. Talora emorragie diverse (cute mucose). Precoce è l'adinamia ingravescente. Durata della malattia, da 3 a 5 giorni, con alternative; in qualche caso morte tardiva (un mese), dopo alternative varie. In un caso, guarito, è residuata una nefrite cronica azotemica.

Oltre alle specie sicuramente eduli e sicuramente velenose, ve ne sono altre per le quali il giudizio varia. Valga come esempio una specie di spugnola — *Gyromitra esculenta* —, di cui G. Ferri propone di mutare il nome in *G. venefica*, perchè può provocare fenomeni tossici gravi e persino la morte. Il noto micologo Bresadola riferiva che di questo fungo di finissimo gusto ed assai ricercato ed usato nel Trentino, fu proibita la vendita appunto per i casi di avvelenamento da esso provocati. Invece altri AA., come lo stesso Persoon che gli diede il nome, lo ritengono commestibile. In Germania, viene largamente usato come fungo secco.

La divergenza delle opinioni in proposito si deve probabilmente al fatto che il veleno di questo fungo è costituito da un'emolisina attiva, che viene asportata dalla lavatura e distrutta dalla cottura.

Vi sono inoltre varî funghi ritenuti venefici, che invece non lo sono affatto. Tale è il caso del *Boletus luridus* (porcino falso), noto per il cambiamento di colore della sua carne esposta all'aria, che passa al blu-verdastro. Di esso, G. Ferri, con esperienze fatte su sè stesso e su volonterosi colleghi, dimostrò la perfetta innocuità. Analoghe rivendicazioni ha fatte lo stesso A. per alcune specie di *Amanita (junquillea, spissa)*.

Il modo di preparazione e di cottura influiscono indubbiamente sul giudizio di tossicità o meno di un fungo, perchè appunto la lavatura e la cottura asportano o distruggono una grande quantità di sostanze tossiche. Buona pratica è quella di « far fare l'acqua » al fungo.

Altre questioni riguardanti la tossicità dei funghi sono quelle dei *funghi alterati* e di quelli *secchi*. Anche quelli commestibili possono dare per infracidimento od alterazioni putride dei prodotti tossici. Negli animali da esperimento, tale tossicità si ha particolarmente quando gli estratti vengono introdotti per via parenterale.

Grande è l'insidia che possono nascondere i funghi secchi, di cui la diagnosi di specie può essere fatta soltanto da un micologo provetto, mentre il disseccamento distrugge soltanto alcune delle sostanze tossiche e lascia parzialmente intatte quelle delle specie più altamente venefiche. Casi di avvelenamento sono stati descritti a Berna per funghi secchi provenienti da Berlino e riferiti alla *Gyromitra esculenta*. In un caso di propria osservazione, M. Roch e P. Gautier attribuiscono l'avvelenamento alle alterazioni subìte dal fungo secco mantenuto per qualche tempo in un ambiente non aereato. La vendita dei funghi secchi è sottoposta in Italia a rigoroso controllo ed ammessa per una sola specie, il *Boletus edulis* (porcino).

Non esiste nessun mezzo rapido e sicuro per riconoscere la tossicità di un fungo se non un attento esame micologico. L'eventuale annerimento del cucchiaio d'argento che le caute donnicciuole introducono nel recipiente di cottura è dovuta alla presenza di idrogeno solforato ed indica quindi soltanto un'alterazione del fungo stesso e non già la presenza dei più temibili principî tossici. Anche la somministrazione ad animali è un criterio fallace, sia perchè alcuni sono più o meno refrattari (piccione), sia perchè proprio i funghi più altamente tossici danno effetti tardivi, senza contare che spesso gli animali rifiutano tale cibo.

Un metodo estemporaneo che merita di essere conosciuto perchè rapido, di facile esecuzione e specifico delle specie più tossiche (*Amanita phalloides, virescens, verna*) è quello di G. Ferri dell'emolisi in vitro. A 4 cmc. di soluzione fisiologica, in una provettina, si aggiungono 2 gocce di sangue (uomo, cavia, coniglio) e qualche goccia di estratto acquoso crudo della carne del fungo in esame. Con le specie di Amanita nominate, si ha — a freddo — dopo pochi minuti l'emolisi completa, che manca invece con tutte le altre specie di funghi.

La migliore *profilassi* è basata sulla propaganda che diffonda la nozione del pericolo che possono presentare i funghi colti da chi non li conosce bene. Nelle scuole di campagna, si dovrebbero collocare ed illustrare delle buone tavole colorate (alcune di quelle del commercio sono poco dimostrative) che riproducono le principali specie di funghi commestibili e velenosi della regione. I maestri rurali dovrebbero essere spronati a fare tale insegnamento, mentre un grande aiuto potrebbe venire altresì dai medici. Gli abitanti delle città non mangino che funghi acquistati sul mercato e,

---

(1) Sulla tossicità dell'*A. verna*, non vi sono dubbî; per evidente errore, si vede consigliato tale fungo in un manuale italiano di dietetica.

quando non sono sicuri di quelli secchi, gettino sempre l'acqua in cui si fanno « rinvenire ».

La *diagnosi* dell'avvelenamento da funghi si basa sull'anamnesi (spesso intossicazioni collettive di persone che hanno mangiato funghi) e sui sintomi. Ha grande valore, per la prognosi e per la cura, la diagnosi *specifica*. Sotto tale riguardo, è anzitutto importante lo stabilire il momento della comparsa dei fenomeni morbosi. Se questi si hanno poco dopo il pasto, con prevalenza dei fatti gastro-intestinali, si penserà alla sindrome acre-resinoide. Una comparsa un po' più tardiva (da 1 a 4 ore) con sintomi che ricordano l'intossicazione alcoolica (delirio), vomiti, diarrea, polso regolare, tendenza all'anuria, si tratta dell'avvelenamento muscarinico. Più tardiva ancora è la comparsa dei sintomi nella sindrome emolitica, in cui prevalgono quelli riguardanti il fegato, la tendenza alle emorragie ed i fatti tetanoidi.

La sindrome fallinica è caratterizzata dalla comparsa molto tardiva (10-12 ed anche 24 e più ore), con fatti di angoscia, vertigini, vomiti, diarrea, fegato dolente e grosso, crampi, ipotermia, tendenza al collasso, intelligenza integra.

TERAPIA.

Nei casi in cui i sintomi si presentano poco dopo il pasto, si penserà anzitutto all'espulsione del veleno: svuotamento dello stomaco (lavatura, emetici, iniezione di apomorfina, 1 cmc. della soluzione all'1 %), somministrazione di un purgante (solfato di sodio o di magnesio, olio di ricino). Tali rimedi sono inutili nell'avvelenamento fallinico, in cui compaiono troppo tardi.

Utile, in tutti i casi è la provocazione di una buona diuresi mediante tisane diuretiche (decotto di gambi di ciliege od altri, con lattosio, iniezione di siero fisiologico).

Come trattamento sintomatico. *Delirio*: bromuri (1 grammo ogni ora fino ad effetto), bagno caldo. *Dolori*: evitare l'oppio che aumenta l'oliguria, meglio l'eroina, il pantopon, il narcopon. Se il *vomito* continua ostinato, pezzetti di ghiaccio, acqua di cloroformio, pozione del Riverio.

Combattere l'astenia, lo stato sincopale, l'ipotermia con gli stimolanti (frizioni secche, flagellazione, caffè forte, etere). Il polso ed il cuore vanno sostenuti con caffeina e specialmente olio canforato unito alla sparteina.

Nella sindrome muscarinica, è consigliato il carbone animale (50 grammi sospeso in acqua).

Trattamento specifico. Nella sindrome muscarinica, era stata consigliata, per vedute teoriche, l'atropina come antidoto specifico, ma si è notato che essa è piuttosto dannosa.

Più fortunati sembrano i tentativi di sieroterapia della *sindrome fallinica*. Ricerche fatte sulla fine del secolo scorso da Calmette e da Pellegrini avevano dimostrato la possibilità di impedire lo sviluppo della sindrome mediante l'iniezione di siero di coniglio immunizzato. Più recentemente Dujarric de la Rivière ha fatto un ampio studio della tossina fallinica ed è riuscito ad immunizzare il cavallo ottenendone un siero con cui si sono avuti risultati incoraggianti. Lo si inietta a dosi di 20-40 cmc. eventualmente ripetute. Esso è stato usato in casi di avvelenamento collettivo negli individui in stato più grave e si è veduto che questi si sono salvati, mentre quelli che presentavano sintomi meno inquietanti e non ebbero il siero sono morti. Il siero è allestito dall'Istituto Pasteur di Parigi.

Tentativi di *organoterapia* che sembrano coronati da un certo successo sono stati fatti da Limousin e Petit, i quali avevano osservato che somministrando al gatto (animale molto sensibile) dell'*Amanita phalloides* cotta, insieme con stomaco crudo di coniglio, mancano i sintomi gastro-intestinali e si ha una sindrome nervosa molto tardiva, senza lesioni epatiche all'autopsia. Mescolando poi l'*Amanita* anche con della sostanza nervosa (cervello) di coniglio, il gatto sopravvive. Nel coniglio, i fenomeni tossici si hanno soltanto col fungo cotto, mentre mancano col crudo.

Detti autori ritengono pertanto che l'intossicazione sia data da una tossina ad azione prevalente sul fegato (epato-tossina che si forma con la cottura) e da una neurotossina; entrambe possono essere neutralizzate dallo stomaco e dal cervello di coniglio.

I tentativi terapeutici sull'uomo sono stati finora assai scarsi, ma sembrano dimostrativi: 3 casi di Limousin e Petit a cui, 38 ore dopo l'ingestione, sono stati somministrati 3 stomaci e 7 cervelli di coniglio. Dopo un'ora, erano cessate le coliche e la gastro-enterite; alla ricomparsa dei sintomi, nuova somministrazione di stomaco e di cervello; guarigione in una settimana senza conseguenze. Altri 3 casi degli stessi autori, in cui l'ingestione di solo cervello è stata inefficace, mentre si ebbe la scomparsa dei sintomi e la guarigione dopo l'ingestione di cervello e di stomaco. In un altro caso, Duvernoy ottenne la guarigione, sebbene fossero già passati 3 giorni dall'inizio dei sintomi.

Quando si tenga presente l'altissima mortalità dell'intossicazione per *Amanita phalloides*, tali risultati debbono far ritenere che si è forse sulla buona strada per un'utile terapia in questi casi di prognosi quasi disperata.

BIBLIOGRAFIA.

L. AZOULAY. *Résultats d'une seconde année de campagne contre les empoisonnements par les champignons*. Acad. de méd., 31 luglio 1923.

G. BENASSI. *Avvelenamento per funghi*. Giorn. di clin. med., 30 aprile 1926.

F. CASTELLANI. *Avvelenamento da funghi*. Gazz. osped. e clin., 26 febbr. 1928.

G. CORONEDI. *Avvelenamento da funghi autun-*

nali in forma epidemica. Riv. di clin. med., 15 e 18 febbr. 1929.

G. CORONEDI e P.-M. NICCOLINI. *Osservazioni cliniche e sperimentali sull'avvelenamento da « Amanita verna ».* Ibid., 15 ott. 1926.

DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. *Traitement sérothérapique de l'empoisonnement phallinien.* Rev. méd. franç., aprile 1929.

ID. *Étude d'une toxine végétale: la toxine phallinique.* Ann. Inst. Pasteur, agosto 1929.

I. DI PACE. *Sull'avvelenamento da « Amanita pantherina ».* XXXI Congr. Soc. med. interna, 1915.

G. FERRI. *Funghi mangerecci e velenosi.* F. Vallardi, Milano.

ID. *I veleni dei funghi svelati mediante i metodi sperimentali e biologici.* Atti Soc. ital. scienze natur., vol. LXIV, fasc. I, 1925.

F. FLEURY e H. ZANGGER. *Lehrbuch der Toxikologie*, Springer, Berlin.

E. FRAENKEL. *Ueber Knollenblätterschwammvergiftung.* Münch. med. Wochens., 15 ott. 1920.

P. GAUTIER e CH. SALOZ. *Remission et survie prolongée dans un cas moriel d'empoisonnement par l'amanite phalloïde.* Rev. méd. Suisse romande, 25 maggio 1917.

R. LEVENY. *Les médications antiphalliniques. Sérothérapie. Organothérapie.* Gaz. d. Hôpitaux, 14 giugno 1933.

H. LIMOUSIN e G. PETIT. *Essai thérapeutique au cours des intoxications par l'amanite phalloïde.* Acad. de méd., 24 maggio 1932.

H. e C. MATAGNE. *Les intoxications fongiques.* Le Scalpel, 7 agosto 1926.

E. MICHAEL. *Führer für Pilzfreunde.* Förster e Vorries, Zwickau, 1917.

D. MOGGI, *Due casi di avvelenamento da funghi (Amanita verna).* Riv. di Clin. pediatrica, agosto 1926.

L. MOINSON. *Les champignons vénéneux.* Journ. de méd. de Paris, 10 dic. 1931.

G. NEGRI. *Atlante dei principali funghi commestibili e velenosi.* Hoepli, Milano.

M. PERRIN e P. RUYER. *Intoxication par les champignons; effets curatives du sérum antiphallinique de Dujarric de la Rivière.* Soc. de méd. de Nancy, marzo 1928.

V. PETTINARI. *Sulle amanite citrina e mappa e loro posizione tossicologica.* Boll. Soc. med.-chir. Pavia, 1923, n. 1.

ID. *Sulle emolisine da funghi.* Arch. farmac. e sc. aff., 1° apr. 1925.

RAYEL. *Empoisonnement par l'Amanite phalloïde traité au moyen du sérum antiphallinique.* Presse méd., 14 ott. 1925.

M. ROCH. *Les empoisonnements par les champignons dans la région de Genève en automne 1916.* Rev. méd. Suisse romande, 25 maggio 1917.

A. CRAMER. *Trois cas d'empoisonnement par les champignons. Le syndrome muscarinien.* Ibid., sett. 1927.

M. ROCH e P. GAUTIER. *Empoisonnement par des champignons secs*, Ibid., sett. 1917.

A. SÉZARY e J. ALIBERT. *Néphrite chronique azotémique sequelle d'une intoxication par les champignons.* Gaz. d. hôpitaux, 11 e 13 aprile 1922.

W. STEINBRINK e M. MÜNCH. *Ueber Knollenblätterschwammvergiftung.* Zeit. f. klin. Med., vol. CIII, n. 1.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Sull'azione biologica delle onde corte. Azione sul contenuto in urea del sangue circolante.

(G. IZAR, G. CAIZZONE e A. CALDERONE. *Rif. Med.*, 26 agosto 1933).

Le onde hertziane corte occupano nella scala delle vibrazioni elettromagnetiche la zona compresa fra le onde medie e le onde ultracorte, cioè quelle onde inferiori ad un metro. Praticamente corrispondono a lunghezza di onda da 1 a 50 metri.

Applicate di recente in medicina sono comunemente chiamate correnti di altissima frequenza, in opposizione alle correnti di alta frequenza utilizzate nell'ordinaria diatermia. Si parla anche, con fraseologia imprecisa di diatermia ad onde corte, limitando però così il loro campo di applicazione terapeutica ad una delle proprietà di queste onde, l'azione calorica, mentre ben più vasto e complesso si presenta il loro campo di azione.

Secondo il maggior numero degli AA. le proprietà biologiche particolari di queste onde sono legate alle oscillazioni elettriche, fatta astrazione da ogni effetto termico. A questa particolare azione si dà il nome di *azione oscillatoria* o di *azione vibratoria*.

Ben poco si sa sull'azione biologica di queste onde corte in vivo e particolarmente nell'uomo. Gli AA. avendo potuto disporre di un apparecchio ad onde corte della Casa Siemens (è il primo apparecchio ad onde corte funzionante in Italia), hanno sottoposto all'azione di dette onde una serie di soggetti, sperimentando dapprima onde di 4 e 15 metri, poi onde di 8 metri. Tutti i soggetti furono trattati per 20' consecutivi, applicando un elettrode condensatore di grande modello Schliephake alla regione dorso-lombare in modo che nel cilindro di proiezione delle onde (come si sa le onde corte sono parallele e si dirigono in senso esattamente orizzontale) fossero compresi i due reni, e l'altro elettrode condensatore all'addome in perfetta rispondenza col precedente. Allo scopo di evitare ogni azione termica cutanea i due elettrodi erano mantenuti a 3 cm. dalla superficie cutanea: uguale distanza di 3 cm. gli AA. conservavano fra placca metallica e superficie di vetro della capsula.

Risulta dagli esperimenti degli AA.:

1) che il trattamento con onde di 8 metri determina una diminuzione talvolta spiccata dell'urea circolante, con una diminuzione massima in alcuni soggetti del 26 %;

2) che lo stesso trattamento con onde di 4 e di 15 metri non ha invece alcuna influenza sul tasso ureico del sangue;

3) che la diminuzione dell'urea circolante sotto l'azione delle onde di 8 metri si osserva

sia in soggetti con iperazotemia che in soggetti con tasso ureico quasi normale;

4) che la diminuzione dell'urea sanguigna non è accompagnata da aumento dell'urea urinaria. Resta quindi impregiudicato il problema sui fattori che determinano la diminuzione del tasso ureico sanguigno.

C. TOSCANO.

SUNTI E RASSEGNE

SANGUE.

La neutropenia benigna e maligna.

(R. BECK. *Arch. of Intern. Med.*, agosto 1933).

Anche oggi, trenta anni dopo le prime osservazioni su casi di neutropenia, esiste sull'argomento una discreta confusione essendovi degli AA. i quali non credono di poter considerare tale stato come una entità morbosa a sè. Tale stato di cose trova la sua ragione nel fatto che i vari AA. che hanno descritto dei casi sotto tale etichetta vi hanno incluso ogni forma morbosa in cui si riscontrasse leucopenia e neutropenia, senza riguardo alla eventuale causa o quadro clinico: sì che è necessario leggere molte di tali pubblicazioni prima di potere avere chiaro lo svolgersi della malattia nelle sue varie fasi e nelle sue particolarità.

D'altra parte la malattia non è ancora sufficientemente descritta nei comuni trattati di patologia, anche i più moderni. Riesciva quindi utile una rivista dell'argomento che l'A. fa in occasione di quattro casi da lui osservati.

Definizione. La neutropenia è una grave malattia di origine ignota, caratterizzata da una notevole riduzione del numero totale dei leucociti con grande diminuzione della percentuale dei granulociti, acompagnata da aplasia, normalità o iperplasia del tessuto mieloide, con le conseguenze che tale stato può portare nell'organismo. La malattia può essere acuta o cronica.

Nomenclatura. Schultze nel 1922 propose il nome di *agranulocitosi* intendendo mettere in evidenza l'aumento nel sangue dei neutrofili atipici, senza granulazioni.

Friedemann, impressionato dalla frequente grave localizzazione del processo nelle fauci, propose il nome di « angina agranulocitica ». Ma vi sono casi senza angina, quindi il nome è poco appropriato. Vari altri nomi sono stati proposti come: neutropenia idropatica, neutropenia maligna, angina monocitica, ecc. Allo stato odierno delle conoscenze la migliore classificazione sembra essere la seguente:

1) neutropenia primaria, benigna e maligna, la cui etiologia è sconosciuta;

2) neutropenia secondaria, benigna e maligna, i cui agenti etiologici sono noti.

Patogenesi. La patogenesi della malattia resta ancora nel campo delle ipotesi: molte ne sono state avanzate ed è conveniente raggrupparle sistematicamente.

1) *Cause predisponenti*: la malattia è più frequente nelle donne, dai 40 ai 60 anni, ma se ne sono avuti casi anche in bambini e in vecchi. Da notare la coincidenza con precedenti malattie del fegato e della cistifellea.

Altre cause predisponenti sembrano essere le droghe o sostanze contenenti l'anello benzenico, gli arsenicali, il mesotorio, il trinitrotoluene, i raggi X e i raggi gamma del radium.

2) *I microrganismi come causa* sono ammessi da molti AA. ma i tentativi fatti per riprodurre la neutropenia iniettando agli animali microrganismi isolati dalle lesioni, dal midollo osseo e dal sangue di pazienti affetti da neutropenia hanno dato risultati negativi. È più logico ammettere che i microrganismi, isolati dal sangue e dal midollo di questi malati non rappresentino la causa della malattia, bensì siano invasori secondari che si riproducono intensamente in un organismo privo di granulociti.

3) *Processi settici e tossici*, di natura imprecisata, agirebbero, secondo alcuni AA., offendendo il sistema granulopoietico e paralizzando il complesso di organi (milza, fegato, ghiandole endocrine) le cui secrezioni stimolano il midollo osseo e regolano l'entrata delle cellule granulate nella massa sanguigna.

4) *Infiammazione iperergica.* La neutropenia sarebbe cioè una forma di allergia, in cui il midollo osseo sarebbe il punto di minor resistenza.

5) *Anomalia congenita o famigliare.* Una tale origine è stata constatata in vari casi ma è strano come in tali casi il tessuto granulopoietico avesse funzionato per anni senza arrecare mai alcun disturbo.

6) *Avvelenamento chimico*: è possibile ed in alcuni casi è stata dimostrata una relazione della malattia, con avvelenamenti da arsphenamine, benzene, preparati d'oro; ma è certo che i casi tipici di neutropenia primaria non sono dovuti ad avvelenamento chimico.

7) Disturbo endogeno della produzione dei fattori che regolano il passaggio dei leucociti nella corrente sanguigna o la loro maturazione. È su questa interpretazione che giustamente è rivolta oggi l'attenzione degli studiosi.

Anatomia patologica. La caratteristica reazione infiammatoria che si riscontra nelle lesioni che accompagnano la neutropenia, benigna o maligna, è semplicemente una conseguenza dell'assenza in circolo dei leucociti granulari: manca infatti nei tessuti necrotici od ulcerati la caratteristica infiltrazione polinucleare: in tali territori la reazione cellulare è rappresentata da infiltrazione linfocitaria e da macrofagi. Il distretto più frequentemente attaccato è il tratto gastro-enterico, specialmente nei punti in cui normalmente i batteri sono

più abbondanti. Il *midollo osseo* è quasi sempre attaccato nei casi gravi e si mostra ampiamente degenerato, spesso liquido, di colore dal rosso al giallo paglierino; talvolta vi sono aree di necrosi. I mielociti e i polimorfonucleari sono assenti o quasi.

L'aplasia del midollo involve dunque soltanto i granulociti e questi si mostrano assenti anche con le reazioni delle ossidasi. Concludendo, due tipi di alterazioni del midollo si possono avere nella neutropenia: in uno, la maturazione dei granulociti è cessata e vi è neutropenia periferica e aplasia mieloide; nell'altro vi è arresto di maturazione con neutropenia periferica e tessuto mieloide normale o iperplastico.

Un'infezione del midollo osseo nella neutropenia non è stata mai dimostrata eccetto che nei casi di setticemia terminale. Se si ha *polmonite*, questa è caratterizzata dall'apparizione di un edema diffuso, con emorragie sottosierose: microscopicamente non si notano segni di infiammazione ma invece un edema acuto diffuso emorragico, con poca fagocitosi. La reazione *splenica* dipende dal predominio dei fattori tossici o settici: la splenomegalia che si ha in questi casi è dovuta ad un grande aumento delle cellule reticolo-endoteliali: i follicoli linfatici sono piccoli ed atrofici e si nota assenza di linfoblasti nei centri germinativi.

Il *fegato* può essere aumentato di volume e molle: talvolta presenta degenerazione grassa, talvolta piccoli focolai multipli di necrosi. Vi è un aumento delle cellule di Kupfer. Le *linfoghiandole* sottomascellari, cervicali, peribronchiali e mesenteriche sono generalmente ingrossate e mostrano proliferazione delle cellule reticolo-endoteliali con atrofia dei follicoli e talvolta piccole emorragie.

Dati di laboratorio. Gli esami di laboratorio hanno una grande importanza in questa malattia, giacchè soltanto la conta e la formula leucocitaria permettono di fare un'esatta diagnosi e di seguirne il decorso.

Uno dei reperti principali è, naturalmente, la *leucopenia*: nei casi gravi fulminanti i leucociti possono essere tanto pochi da essere praticamente incontabili.

Nei casi leggeri a decorso relativamente lento, il numero totale dei leucociti può essere abbastanza normale a principio, ma tosto cade a 1000 per cc. Nei casi fulminanti si può scendere a 700, 600 e in un caso si sono contati soltanto 200 leucociti per cc. Il secondo reperto capitale in questa malattia è la *neutropenia*. I granulociti neutrofili vanno dal 30-40 % nei casi meno gravi ad una assenza totale nei casi fulminanti. Notevole il fatto che la loro morfologia è, in quasi tutti i casi normale.

I *linfociti* sono al principio della malattia presenti nel loro numero assoluto normale, ma come la malattia tende ad aggravarsi, si nota una diminuzione del numero totale dei linfociti, per quanto la formula leucocitaria dia una *linfocitosi* relativa. Il meccanismo di diminuzione dei linfociti è oscuro, in quanto non vi sono note di distruzione del tessuto linfoide a meno che non si ammettano in tutti i casi le lesioni riscontrate da alcuni AA. nelle ghiandole linfatiche.

Quanto si è detto per i linfociti si può ripetere per i *monociti*. Nei casi tipici gli *eritrociti* non sono attaccati: se però la malattia dura più dei soliti dodici giorni, le emazie diminuiscono: così anche le *piastrine*. L'emocultura ha dato luogo talvolta a sviluppo dei germi patogeni più comuni, altre volte è rimasta sterile.

Importante è l'esame del midollo osseo mediante biopsia: esso permette la differenziazione fra neutropenia da arresto della maturazione (tessuto mieloide normale, iperplasia mieloide, leggera o marcata), neutropenia con aplasia mieloide ed alcune altre malattie che attaccano il midollo osseo.

Sintomatologia. — Molti di questi pazienti hanno una storia di debolezza e di mancanza di vitalità: la cute è pallida, ma le mucose sono rosee.

L'inizio si ha con brivido, febbre, dolor di gola, cui si può aggiungere cefalea, palpitazione cardiaca, e talvolta nausee, vomiti, delirio, L'alito è fetido e la lingua fortemente patinosa. L'astenia è marcata: fegato e milza possono essere tumefatti: raro è l'ittero.

Le lesioni locali più caratteristiche sono a carico delle mucose, specialmente delle fauci, e possono invadere le tonsille, i pilastri, il palato molle, le labbra, ecc. Più raramente il naso, l'utero, la vagina e il retto. Tali lesioni possono aversi anche lungo il tratto gastro-enterico o nei polmoni. Vi può essere adenopatia regionale con necrosi ed esulcerazioni. Tali lesioni locali possono essere a carattere infiammatorio, con edema notevole, ulcero-membranose o gangrenose. Possono dar luogo a gravi emorragie. Le membrane, quando presenti, possono essere gialle o grigio-brunastre.

Tipi clinici: 1) tipo acuto, fulminante, a inizio rapido con brivido, febbre alta e angina necrotica. Neutropenia e leucopenia estrema: conduce rapidamente a morte;

2) *tipo subacuto*, in cui la malattia dura più a lungo (due a tre settimane) con febbre, discrete tumefazioni ghiandolari, neutropenia e lesioni varie del faringe. Esito quasi sempre fausto;

3) *tipo ricorrente o recidivante*: questi pazienti hanno due o tre o più attacchi intervallati: uno di questi può essere fatale oppure si può avere il passaggio al

4) *tipo subcronico*: inizia insidiosamente: la leucopenia è meno intensa. La sintomatologia si riduce spesso a semplice astenia;

5) *tipo ciclico*: questi pazienti presentano una neutropenia periodica, regolarmente presentantesi ad intervalli precisi di tempo (di solito 21 giorni). Vi sono due soli casi descritti nella letteratura. I periodi di neutropenia non erano in relazione con i periodi mestruali.

Diagnosi. — Deve essere precoce se si vuole ridurre la cifra della mortalità: tale precocità è possibile soltanto mediante un esame del sangue nei casi in cui vi sia un sospetto. Il quadro ematico è altamente caratteristico come lo è quello della anemia perniciosa. La diagnosi differenziale deve essere posta con la tonsillite follicolare acuta, con l'angina di Vincent e con la difterite: in nessuna di queste malattie vi è leucopenia. Una leggera leucopenia si può avere nella tifoide, nell'influenza, nella tubercolosi galoppante, ma non raggiunge mai l'intensità che si nota nella neutropenia vera e propria.

Altre condizioni morbose da differenziare sono il *linfosarcoma* in cui può aversi leucopenia, l'anemia aplastica (fenomeni emorragici cutanei e mucosi) e la mononucleosi infettiva.

La *prognosi* che era infausta secondo i primi osservatori, i quali davano il 100 % di mortalità, è andata lentamente migliorando, dopo la roentgenterapia, tanto che le ultime statistiche si aggirano dal 30 al 50 % di mortalità. I casi fulminanti sono rapidamente fatali malgrado ogni tentativo di cura.

Terapia. — La maggior parte degli AA. che si sono interessati dell'argomento ritengono che un trattamento veramente specifico della malattia sia ancora da trovare e che le guarigioni, quando avvengono, siano spontanee e non influenzate dal tipo di trattamento.

In quanto alle lesioni locali, specialmente frequenti a carico della bocca e della faringe, si usano i comuni disinfettanti.

Per la cura dello stato generale, gran parte dei mezzi più moderni di terapia sono stati tentati: dalla proteinoterapia alla somministrazione di estratti di fegato e midollo osseo, dalla splenectomia alla roentgenterapia, dalla trasfusione ed immuntrasfusione alla terapia con acido nucleinico ed alla calcioterapia. Ma i risultati, come si è detto in principio, non sono stati dimostrativi con nessuna di queste terapie.

Probabilmente è da pensare che un trattamento specifico della malattia sarà possibile soltanto quando si conosceranno a fondo i fattori chimici che regolano la maturazione dei leucociti.

G. LA CAVA.

Su di un nuovo metodo di radioterapia nel trattamento delle leucemie. La teleroentgenterapia.

(G. MARCHAL e L. MALLET. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 giugno 1933).

Il principio del nuovo metodo di radioterapia è di irradiare, in una stessa seduta, dei campi molto vasti o meglio ancora la totalità dell'organismo con dosi molto deboli e penetranti di raggi X, opponendo così ad una malattia sistemica una radioterapia diffusa.

Per ottenere una irradiazione omogenea nel cono di irradiazione, bisogna utilizzare una grande distanza, circa m. 3.50. Questa distanza rende necessarie delle applicazioni prolungate, dell'ordine di tre ore per esempio. In pratica queste difficoltà sono state momentaneamente attenuate avvicinando l'ampolla al malato (da m. 1.70 a m. 2.0) Costanti elettriche: 200.000 volts, 3 milliampères; filtrazione 1 millimetro di rame + 2 millimetri di alluminio. Per ogni campo dose di 25 r. Due campi di 1 metro di diametro per superficie cutanea, anteriore e posteriore. I due campi, superiore ed inferiore della stessa faccia cutanea vengono irradiati successivamente nella stessa seduta. Dunque 50 r. per seduta. Due o tre sedute la settimana.

Le dosi molto deboli applicate rendono necessaria una grande precisione nella misurazione. La durata del trattamento è variabile secondo i casi.

Inoffensivo per la pelle, questo metodo offre inoltre il vantaggio di risparmiare la serie rossa meglio delle irradiazioni localizzate a forti dosi. La sua innocuità permette inoltre di avvicinarsi alla continuità del trattamento, eliminando i lunghi periodi intercalari imposti dal metodo classico. Gli AA. non hanno mai notato leucopenia, mai comparsa di cellule indifferenziate, mai anemia grave.

Un inconveniente del nuovo metodo è rappresentato da un periodo di latenza in cui l'azione clinica ed ematologica è limitata, periodo che varia secondo che si tratti di un trattamento di attacco o di una nuova serie per ripresa dei segni leucemici, oppure di un trattamento di mantenimento, secondo il volume degli organi ipertrofizzati e secondo l'importanza dei disturbi sanguigni da correggere. Questo periodo varia, nei casi trattati dagli AA., da due a cinque settimane, ma è compensato successivamente dal fatto che l'azione diviene proporzionale al numero delle sedute, come nel metodo classico, e prosegue dopo la cessazione del trattamento. La lunghezza del periodo preparatorio può divenire però un ostacolo in casi subacuti o febbrili da trattare d'urgenza.

In qualche caso la debolezza delle dosi non permette di oltrepassare un certo limite di miglioramento, ma è facile aumentare progressivamente e con prudenza la dose minima di 25 r. Del resto qualche seduta di radioterapia localizzata permette di completare l'azione terapeutica. Secondo gli AA. i due metodi possono completarsi, secondo le modalità peculiari a ciascun caso, ma la teleroentgenterapia può bastare ad ottenere ed a mantenere delle remissioni complete e se essa deve alternarsi talora con la radioterapia classica, permette di distanziare, di economizzare al massimo le applicazioni dell'antico metodo, così delicato a maneggiare durante le recidive.

Gli AA. schematizzano nel modo seguente le indicazioni della teleroentgenterapia totale nelle leucemie:

1° *Trattamento d'attacco di tutte le varietà di leucemie croniche.* — Un minimo di durata di 5 settimane, prolungando fino a 3 mesi se occorre, sotto sorveglianza clinica ed ematologica. In caso di insufficienza, completare con le irradiazioni localizzate, secondo i metodi classici.

2° *Trattamento delle recidive delle stesse varietà di leucemie.* — Un minimo di 3 settimane, con prolungamento possibile fino a 2-3 mesi.

3° *Trattamento delle forme iniziali o recidivanti, con un minimo di segni clinici od ematologici.*

4° *Cure sistematiche di mantenimento.* — Periodi di trattamento di 2-4 settimane con intervalli di riposo verianti da uno a tre mesi.

5° *Forme radio-resistenti ai metodi classici.*

L'azione della teleroentgenterapia è meno netta e più incostante nella malattia di Hodgkin.

C. TOSCANO.

ORGANI DIGERENTI.

L'intossicazione di origine intestinale.

(Tossiemia ileo-tiflo-colica).

(M. CHIRAY e J. BAUMANN. *Presse Médic.*, 3 giugno 1933).

Quando si parla di intossicazione di origine intestinale ci si riferisce ai veleni endogeni che prendono origine nell'intestino. All'intossicazione intestinale si oppone spesso l'infezione intestinale. Si è cercato di precisare la natura dei germi patogeni capaci di svilupparsi nel colon e si è incriminato, in particolare per il colibacillo, l'invasione facile dell'organismo, a partire dal grosso intestino. Questa concezione della colibacillosi riposa, a parere degli AA., su basi molto fragili, poichè presuppone una permeabilità della mucosa agli elementi figurati, ciò che è contrario alle leggi più elementari della fisiologia del colon, e accetta che la funzione protettrice del fegato si trovi totalmente carenzata e che le specie autoctone del colon possano senza difficoltà divenire patogene o cessare di esserlo, senza dire che crea una setticemia che le emoculture non hanno quasi mai potuto svelare.

Tutti questi postulati sembrano agli AA. molto discutibili ed essi non credono che, a parte condizioni eccezionali, le modificazioni batteriche del contenuto intestinale siano capaci di produrre accidenti infettivi. Essi credono che le modificazioni patologiche della flora intestinale abbiano soprattutto degli effetti biologici. Esse liberano dei corpi tossici suscettibili di divenire nocivi tutte le volte che intervengono fattori secondari che favoriscano il loro assorbimento ed il loro passaggio nell'organismo. In tal modo l'infezione intestinale porta anch'essa alla intossicazione.

I veleni endogeni. Nell'intestino, come è noto, esiste una flora di fermentazione, che attacca gli idrati di carbonio ed i grassi, ed una flora di putrefazione, che attacca le proteine e gli aminoacidi e probabilmente anche distrugge la massa microbica divenuta superflua dopo aver digerito gli idrati di carbonio e gli elementi batterici patogeni eliminati dalla mucosa intestinale. La flora fermentativa sta più in alto, nel segmento terminale dell'ileo e del cieco; più in basso la flora putrefattiva man mano si sostituisce alla fermentativa. Gli acidi formatisi in eccesso nel cieco vengono neutralizzati nella porzione terminale del grosso intestino dall'ammoniaca formata dalla flora putrefattiva. Si vede dunque come le due flore, lungi dall'essere antagoniste, sono piuttosto sinergiche. Esse si frenano a vicenda ed assicurano così l'equilibrio acido-basico dal mezzo intestinale indispensabile al buon funzionamento della digestione colica.

Per precisare i disturbi di questo equilibrio, invece di tentare una differenziazione batteriologica delle specie in causa, ciò che è materialmente impossibile, Roux, Griffon e Nepveux hanno proposto di apprezzare per via chimica l'intensità delle fermentazioni e delle putrefazioni, le prime essendo misurate dal dosaggio degli acidi organici liberati, le seconde da quello dell'ammoniaca prodotta. Si possono ritenere come più particolarmente nocive, da una parte le iperacidità cecali più o meno ben compensate dai fenomeni di putrefazione distale, così come le iperacidità totali che annullano ogni putrefazione; dall'altra parte le iperalcalinità totali, indici di putrefazione precoce che si stabiliscono nel cieco e ostacolano i processi normali di fermentazione e la digestione cecale.

I prodotti degli agenti di putrefazione sono considerati classicamente come responsabili dell'intossicazione intestinale e la ricerca nelle urine dei fenoli, dell'indolo e dello scatolo è stata considerata per lungo tempo come elemento prezioso per apprezzare le putrefazioni intestinali. Oggigiorno è invece stabilito che la produzione di questi corpi è indipendente dai microbi della putrefazione. I sulfo-etere urinari rappresentano, non i testimoni delle putrefazioni intestinali, ma il termine normale della distruzione degli albuminoidei nell'organismo.

L'importanza eccessiva, per quanto ingiustificata, accordata ai fenomeni di putrefazione intestinale, è stata ancora ampliata dall'azione tossica attribuita alla carne e, in generale, agli albuminoidei nell'alimentazione umana. In realtà, ricerche recenti provano che un'alimentazione esclusivamente carnea non ha influenza considerevole sull'equilibrio della flora intestinale e non aumenta la sua viru-

lenza. È attualmente anche ammesso che nella maggior parte degli stati colitici non sono gli albuminoidi ingeriti che provocano un eccesso della flora proteolitica, ma piuttosto le nucleo-albumine escrete dalla mucosa irritata. Secondo gli AA. un eccesso di putrefazione non diviene dannoso che quando la formula fisiologica è invertita cioè quando le putrefazioni si effettuano precocemente nel cieco o quando nel terminale sono ostacolati i normali processi di fermentazione. Queste putrefazioni precoci sembrano agli AA. dovute ad ostacolo meccanico, a stasi importanti.

Al di fuori dei prodotti fenolici, dei veleni prodotti dalle putrefazioni il più importante è l'ammoniaca che, essendo molto diffusibile, ha la maggiore influenza nel meccanismo delle intossicazioni. Bisogna poi aggiungere i gas (idrogeno solforato, metano, acido carbonico), le toxamine, molto patogene (istamina, guardanina e tiranina), e i corpi aromatici, come la putrescina e la cadaverina.

I prodotti degli agenti di fermentazione, considerati per lungo tempo come inoffensivi, sono attualmente, per molti AA. nord-americani, i principali fattori dell'intossicazione, mentre si considera il b. coli communis indispensabile all'equilibrio del contenuto colico.

I prodotti tossici prodotti dagli acidogeni e da certi zuccheri, sembrano assai numerosi. L'acido ossalico sarebbe uno dei più comuni. Esso, penetrato in circolo, fisserebbe il calcio del sangue per formare degli ossalati insolubili. Esso diminuirebbe così l'alcalinità del sangue ed il suo potere di coagulazione ed eleverebbe la glicemia. L'acido formico è un altro prodotto costante nelle iperacidità cecali; la sua tossicità è grande e inoltre la sua presenza sarebbe necessaria alla produzione dell'istamina.

Gli acidi lattico, butirrico, acetico sembrano meno tossici. L'acetone è ancora un prodotto banale e frequente nelle feci cecali. È probabile che molti dei casi di acetonemia e di acetonuria, sia nei bambini, sia negli adulti da poco operati, dipendano da assorbimento sanguigno dell'acetone formato nel cieco in seguito alla fermentazione degli zuccheri.

D'altra parte sembra che le fermentazioni anormali degli idrati di carbonio favoriscano la formazione, a spese delle sostanze azotate, delle toxamine, fra le quali l'istamina è estremamente tossica.

Come si difende l'organismo contro i veleni intestinali? La più banale reazione di difesa è la diarrea. Ma esistono altri fenomeni di disintossicazione che risultano anzitutto dall'azione epatica e biliare, il fegato intervenendo con il suo potere di fissare i tossici, la bile con il suo potere neutralizzante. La disintossicazione è operata anche dal rene, che elimina enormi quantità di sostanze tossiche. Infine la stessa mucosa intestinale sembra capace di opporsi con i propri mezzi ad un eccesso di acidità, sia a mezzo dei sali alcalino-terrosi escreti dalla mucosa sia a mezzo di processi di putrefazione. Un intestino di cui il dinamismo e le funzioni evacuatrici restano intatti possiede dunque sufficienti mezzi di difesa, anche se la sua mucosa è lesa superficialmente. Per spiegare l'intossicazione intestinale bisogna dunque ammettere altri fattori, di cui gli uni favoriscono l'assorbimento delle sostanze tossiche, gli altri ostacolano i processi di disintossicazione.

Fra i fattori che favoriscono il riassorbimento delle tossine i principali sono: la superproduzione di tossine, l'idratazione eccessiva delle feci e sopratutto le ritenzioni.

La superproduzione di tossine è più spesso legata alle insufficienze digestive, facili a mettere in evidenza.

L'idratazione delle feci facilita il riassorbimento di prodotti tossici e ciò spiega perchè certi malati risentono meno i disturbi nei periodi di costipazione. L'uso dei purganti è da essi mal sopportato e regolarmente seguito da disturbi più accentuati ed è meglio tollerato quando si accompagna al digiuno assoluto.

I fenomeni di ritenzione e di stasi sembrano agli AA. i fattori dominanti nella genesi delle toxemie. La stasi ileale specialmente determina con grande facilità accidenti tossici gravi. La stasi ceco-ascendente costituisce causa di ritenzione stercorale e comporta spesso una flora putrefattiva precoce che annulla in parte la flora fermentativa. Le reazioni si aggravano se l'angolo destro diviene sede di una pericolite ostruttiva e se l'idratazione delle feci è permanente.

Il dolicocolon è un grande fattore di tossiemia perchè compromette la permeabilità dell'angolo sinistro esagerandone l'angolatura.

La carenza delle funzioni di disintossicazione costituisce un fattore importante nella produzione delle tossiemie.

L'insufficienza epatica, l'insufficienza renale sono le più conosciute. Accanto ad esse stanno le deficienze di tutti gli altri emuntori, come il polmone e la pelle.

Quanto all'insufficienza epatica, per lungo tempo il fegato e la secrezione biliare sembrano in istato di iperattività. L'ipertrofia epatica che accompagna certi stadi colitici e scompare con essi è più un segno di iperepatia che di anepatia. Certe diarree biliose, come le diarree dette prandiali, così frequenti nei tiflocolitici, indicano una ipercolia e un processo di difesa. A poco a poco poi compaiono i segni dell'insufficienza del fegato, sotto forma di piccole glicosurie intermittenti o anche di ipertensione portale che può condurre talora fino alle emorragie digestive.

I reni presentano anche delle fasi di iperfunzione precoce e di insufficienza tardiva.

L'intestino subisce la stessa evoluzione. Il potere secretorio intensificato all'inizio per la

infiammazione della mucosa, si indebolisce quando le lesioni colitiche diventano gravi. Questa iposecrezione provoca la diminuzione dell'apporto di sali alcalino-terrosi come quella della flora proteolitica che non ha più i mezzi di esercitare la sua azione sulle nucleo-albumine.

Clinicamente una delle principali manifestazioni dell'intossicazione intestinale è l'anemia. Frequenti sono i disturbi nervosi. Le coliti fermentative si accompagnano ad irritabilità, eccitazione e ansietà, mentre le coliti putrefattive si accompagnano a depressione, astenia, melanconia. Si possono anche riscontrare dei veri disturbi mentali, delle demenze precoci o delle sindromi comiziali, con crisi vertiginose, assenze, perdite di conoscenza. Gli AA. ritengono però che le tossiemie non siano capaci di determinare, per sè sole, tali stati e che occorra una predisposizione.

Frequenti sono anche le perturbazioni endocrine, avendo le ghiandole a secrezione interna importanza per la difesa contro le tossiemie di origine intestinale. Così si spiegano le sindromi tiroidee, ipofisarie, surrenali, ovariche o testicolari così frequenti nell'intossicazione intestinale. Bisogna notare che queste insufficienze possono contribuire alla formazione della tossiemia, per alterazione delle funzioni di disintossicazione. È poi probabile che l'intossicazione abbia importanza etiologica in molti altri stati, come in certi reumatismi cronici, nella cellulite, in certi dolori muscolari.

C. TOSCANO.

Peritonite incapsulante e stenosi duodenale.

(LENORMANT. *La Presse Médicale*, 26 ag. 1933).

La peritonite incapsulante non è frequente: descritta per la prima volta nel 1913 da Esaü con il nome di: « intestino candito » se ne contano attualmente nella letteratura una trentina di casi. Entità puramente anatomo-patologica la *peritonite incapsulante* è caratterizzata da un sacco membranoso liscio e brillante. d'un bianco madreperlaceo o eburneo che avvolge, nascondendole, le anse di tutto o parte del tenue e qualche volta anche dei segmenti del grosso intestino. All'apertura del ventre l'operatore si trova in presenza di un sacco sferico simulante una cisti ovarica; altre volte l'incapsulamento è a manicotto e assume la forma di due o tre grossi salsicciotti bianchi, ripiegati e juxtaposti. La membrana avvolgente ha uno spessore variabile da due a otto millimetri, è facilmente distaccabile dall'intestino cui non aderisce che per mezzo di qualche raro tralcio di connettivo lasso; le anse sono talvolta separate da sepimenti fibrosi, in ogni modo non sono mai aderenti fra loro e la loro parete è di aspetto normale. In uno solo dei casi raccolti dalla letteratura il sacco fibroso conteneva del liquido siero-fibrinoso. Il peritoneo parietale è a volte normale, a volte unito al sacco viscerale da qualche banale aderenza infiammatoria, a volte infine è rivestito da una membrana fibrosa, dissecabile, avente il medesimo aspetto del sacco viscerale.

Bisogna ritenere come caratteristiche essenziali della peritonite incapsulante il sacco che avvolge l'intestino senza aderirgli e la completa integrità della parete intestinale; i casi che non presentano questa particolarità vanno considerati come comuni peritoniti croniche o, più frequentemente, come peritoniti tubercolari.

La peritonite incapsulante non ha una storia clinica ben netta: i casi finora descritti sono stati una sorpresa operatoria. Qualche volta si era intervenuti per occlusione intestinale acuta, altre volte si era pensato ad una cisti del mesentere, del pancreas, dell'ovajo; in alcuni casi fu fatta diagnosi di invaginazione cronica, di appendicite cronica, di peritonite tubercolare. L'esame radiologico, nei due unici casi nei quali fu praticato, non ha dato risultati certi.

L'A. ha avuto recentemente occasione di osservare un caso di *peritonite incapsulante* in un individuo il quale era stato in precedenza operato di appendicectomia, senza alcun beneficio, per disturbi addominali vaghi. Successivamente si era manifestata una sintomatologia di stenosi sottovateriana del duodeno; l'indagine radiologica rivelava un ostacolo a livello della terza porzione del duodeno, sulla linea mediana. La laparotomia mise in evidenza una peritonite incapsulante: il peritoneo parietale era rivestito da una lamina bianca, lucente, dello spessore d'un millimetro circa, scollabile; non v'erano aderenze fra questa lamina e il sacco viscerale; a sua volta questo, d'aspetto bianco-azzurrognolo, lucente, aveva la forma di un doppio cilindro che conteneva il tenue; la membrana avvolgente aderiva in alto alla faccia inferiore del mesocolon trasverso. Evidentemente il peso del sacco connettivale e del tenue in esso contenuto esercitava sul peduncolo mesenterico una trazione tale che questo peduncolo schiacciava la porzione trasversale del duodeno; l'A. fa rilevare che questa varietà di compressione artero-mesenterica non è stata finora descritta.

L'intervento consiste nella liberazione dell'intestino e nell'asportazione del sacco che lo avvolgeva; in secondo tempo, non essendo completamente scomparsa la sindrome di occlusione duodenale, fu praticata una duodeno-digiunostomia con esito in guarigione completa.

In base agli esami istologici di frammenti del sacco, che dimostrarono una deposizione fibrinosa e degli strati connettivali in via di organizzazione sempre più avanzata, procedendo dalla superfice in profondità, l'A. si dichiara dell'opinione di Wilmoth, Delval e Vatel per

i quali « la membrana periviscerale va considerata come il risultato di un'organizzazione progressiva di un essudato fibrinoso ». Rimane sempre oscura la causa iniziale della lesione: sono state chiamate in causa la tubercolosi, la sifilide, le infiammazioni viscerali, il traumatismo accidentale e quello operatorio; nessuna di queste ipotesi, però, è completamente dimostrata. L. FERRETTI.

DIVAGAZIONI

Gli esercizî fisici dell'adulto.

Gli esercizi fisici sono necessari in tutte le età, specie per gli individui che conducono una vita sedentaria. Essi lo sono tanto più nella vita moderna, nella quale il motore ha ucciso il moto. La comodità, la rapidità dei mezzi di trasporto hanno fatto sì che la gran maggioranza degli uomini civili non esegue, o esegue in scarsa misura l'esercizio fisico più comune e una volta reso obbligatorio della necessità di spostamento: il cammino.

Da ciò l'indispensabilità anche per gli adulti di una ginnastica integrativa di quel moto occorrente per attivare le funzioni organiche.

È ovvio che gli esercizi fisici consentiti agli adulti non possono essere quelli che si praticano nell'infanzia e nella giovinezza. Bisogna tener conto di una quantità di elementi, in modo da far sì che il moto riesca veramente vantaggioso, non produca danni e sia comunque esente da pericoli.

A parte le controindicazioni che possono derivare dalle alterazioni o dalle malattie acquisite nel corso della vita l'uomo adulto per le sole modificazioni apportate dall'età non ha più la complessione, l'agilità, la forza, la forma da potere eseguire gli esercizi fisici consentiti ai giovani. Del resto anche questi non possono praticare indifferentemente qualsiasi specie di sport. Questo per il tipo ed il grado deve essere appropriato alla statura, al peso, alla robustezza, all'agilità del soggetto.

Per gli adulti, osserva giustamente Chailley Bert, bisogna innanzi tutto tener presenti due dati: se l'individuo ha praticato l'educazione fisica nell'infanzia e nella giovinezza e l'allenamento non ha avuto lunghi periodi di sosta, e se l'individuo non ha mai praticato l'educazione fisica o intende riprenderla dopo una lunga pausa.

Per quel che riguarda il primo caso è a rilevare come sia difficile che un individuo riesca a continuare oltre la quarantina lo stesso genere di educazione fisica. Questa in effetti diventa rapidamente fastidiosa, senza dire che le occupazioni e le esigenze delle vita matura la rendono di difficile pratica.

Più facile a conservare è l'abitudine allo sport, perchè questo costituisce un diversivo, un divertimento, un giuoco nel quale il soggetto cerca di mettere in evidenza la sua resistenza, la sua forza, la sua abilità, il suo coraggio.

Ma viene il momento in cui per ragioni fisiologiche o psicologiche anche lo sport viene abbandonato.

Allora si rende necessaria un'educazione fisica ben condotta e ben compresa, o un orientamento verso altri sport più adatti alle mutate condizioni organiche.

Più difficile è il contegno da tenere in confronto di un individuo che non ha mai fatto dello sport o, peggio, che l'ha fatto per il passato e l'ha abbandonato perchè distratto dalle molteplici esigenze ed occupazioni della vita. Se egli verso la quarantina volesse dedicarsi ad uno sport o ripraticarlo dovrebbe amaramente constatare che non è più in grado di praticarlo, e se si trattasse di uno sport faticoso si esporrebbe a pericoli non indifferenti.

In tali casi la prima precauzione da prendere è un accurato esame medico. Si considererà innanzi tutto il tipo morfologico: un individuo grasso sarà considerato come un vecchio, mentre si sarà meno severi verso un magro. Si verificherà l'integrità dei principali emuntori: fegato e rene. Si esaminerà l'apparato pulmonare e circolatorio, si farà la prova della capacità cardiaca allo sforzo. Questa si pratica in un modo semplicissimo: si esamina il polso e la pressione arteriosa massima e minima in posizione supina, e quindi si fanno eseguire al soggetto dieci flessioni sulle gambe al ritmo di ogni due secondi, e subito dopo questo esercizio si riesaminerà il polso e la pressione arteriosa e si noterà il tempo occorrente per il ritorno alla calma.

Se tutto risulterà normale, si procederà con prudenza iniziando l'allenamento con sedute di cultura fisica accuratamente dosata. Per gli individui che sono già leggermente obesi o un po' enfisematosi si comincerà con massaggi e con movimenti passivi.

Queste sedute iniziali avranno sopra tutto lo scopo di aumentare la mobilità delle articolazioni e rendere più elastici i muscoli. L'esercizio dovrà essere continuato con metodo e pazienza. Così l'apparato cardio-polmonare si abituerà allo sforzo, e tutte le scorie ingombranti saranno eliminate dall'organismo. Anche gli individui ultraquarantenni che non hanno mai praticato lo sport, potranno dedicarsi a quei giuochi che non richiedono una forza o una velocità eccessiva, come il tennis, il golf, il nuoto e simili.

Ma quel che più interessa si è che l'individuo riprenderà l'abitudine al moto. Camminerà più volentieri senza stancarsi, senz'affanno.

L'uomo civile se vuole vivere sano conviene che rinunzi a quelle comodità, che la tecnica ha messo troppo abbondantemente a sua disposizione, o quanto meno la usi solo in caso di vera necessità. Il tram e l'automobile devono essere meno adoperati, specie per le distanze brevi: l'uomo deve spostarsi camminando.

argo.

CENNI BIBLIOGRAFICI

IGNAZIO SCALONE. *La chirurgia della innervazione periferica del simpatico (chirurgia del dolore).* Ulrico Hoepli, Milano, 1933. Prezzo L. 30.

Con questo volume l'A. mette al corrente il lettore sulle ultime acquisizioni nel campo della chirurgia del simpatico. Fatto precedere un capitolo di anatomia e fisiologia del simpatico periferico tratta la cura dei disturbi riflessi post-traumatici, della causalgia, del ritardo di guarigione delle fratture, delle alterazioni trofiche, delle affezioni vasali (claudicatio intermittens, angiospasmo, morbo di Raynaud, endoarterite obliterante).

Riporta quindi i dati clinici e sperimentali sugli effetti della simpatectomia perivasale nello sviluppo del circolo collaterale dopo la legatura dei grossi vasi. Inoltre svolge il capitolo della chirurgia del simpatico per la cura delle nevralgie pelviche, nonchè quello della chirurgia del simpatico per la cura dello spasmo del cardias e della dilatazione idiopatica dell'esofago. Si occupa della innervazione simpatica delle corde vocali e porta un contributo personale alla chirurgia del simpatico, diretta a modificare stati ipersecretivi di glandole e organi glandolari, quali lo stomaco e la parotide.

Indi espone alcune congetture sulla possibile esistenza di una flogosi delle vie nervose simpatiche addominali per spiegare alcune particolari sindromi dolorose a carico dei visceri. Descrive la tecnica della simpatectomia periarteriosa e della simpatectomia neurale, apportando contributi clinici e operatori personali, corredati di storie cliniche.

Il volume in 8° di circa 250 pagine è corredato di numerose figure e schemi ed ha un particolare sviluppo la parte bibliografica. JURA.

S. MARINACCI. *Ascesso cerebrale.* Vol. di p. 83. L. Cappelli, Bologna, 1932. L. 15.

Esposizione piana, elementare, delle più importanti nozioni riguardanti gli ascessi cerebrali. Dei principali tipi viene schematizzata l'etiologia, la patogenesi, l'anatomia patologica. Alla sintomatologia generale e locale vengono dedicati tre capitoli, ed ampio trattamento riceve la terapia chirurgica con la descrizione delle varie modalità tecniche di intervento. Una buona bibliografia chiude il lavoro. MONT.

F. CURTIUS. *Multiple Sklerose und Erbanlagè.* Editore G. Thieme, Lipsia, 1933. Prezzo M. 18.

Dallo studio di un abbondante materiale esaminato accuratamente dal punto di vista anamnestico, statistico, neurologico, psichiatrico ed istologico l'A. trae la convinzione che la sclerosi a placche è una malattia che ha la sua origine profonda in una disposizione costituzionale, ereditaria.

Con minuta analisi l'A. precisa le analogie che esistono tra la sclerosi a placche ed altre neuropatie ereditarie, che spesso si trovano nella stessa famiglia, nei collaterali, negli ascendenti e nei discendenti dei malati di sclerosi.

Dimostra come la sclerosi a placche sia molto più frequente di quel che si ritiene, perchè spesso essa si arresta a forme rudimentali che rimangono inosservate.

Precisa il biotipo degli individui predisposti alla sclerosi a placche. DR.

J. H. SHULTZ. *Das autogene Training.* Vol. in-8°. Editore G. Thieme, 1932, Lipsia. MK. 16,80.

L'A. espone in questo libro un suo metodo curativo ed educativo basato sul principio che mediante determinati esercizî fisio-psichici si possono indurre modificazioni delle personalità, che in analogia ai vecchi procedimenti ipnotici determinano tutte le condizioni proprie degli stati di suggestione.

Nella prima parte sono analizzati i dati di fatto che costituiscono i fondamenti del principio nonchè le ricerche istituite allo scopo di provare l'efficacia del metodo. Nella seconda parte sono trattate le applicazioni pratiche.

Si tratta di un lavoro ponderoso ed insieme sottile, che merita la maggiore considerazione. DR.

E. TREIBMANN. *Die Hochfrequenzbehandlung.* Vol. in-16° di pagg. 30. Fischers Med. Buchhandlung. Lipsia, 1932. MK. 2.

L'A. dopo aver descritto l'azione dell'alta frequenza sull'organismo umano espone le indicazioni dove l'uso di essa porta reali vantaggi. Fra le malattie e gli stati morbosi, nelle quali esercita la sua azione sedativa, calmante ed antispasmotica, elenca l'eccitabilità nervosa, l'isterismo, l'insonnia, la debolezza nervosa, le nevralgie di vario genere, gli spasmi e le ipertensioni dovute all'angiospasmo delle arteriole.

Successivamente precisa le malattie e gli stati morbosi non provocati da angiospasmi dove l'uso dell'alta frequenza per la sua azione dilatatrice porta notevole giovamento. A questo gruppo appartengono le malattie cardiache e vasali nelle quali la causa dell'inguaribilità si deve ricercare nella deficiente circolazione e nei disturbi funzionali delle glandole a secrezione interna. L'uso dell'alta frequenza può essere eseguito anche nei disturbi dello sviluppo, della crescenza, della vecchiaia, negli strapazzi eccessivi del sistema nervoso e nel decadimento delle forze.

La disparità di giudizi sul valore di questo trattamento è dovuta alla errata applicazione delle norme e alle false indicazioni.

Le controindicazioni sono rappresentate dalle malattie infettive acute, dalle possibili emorragie, dai tumori e dai vizi cardiaci congeniti e da tutte le malattie acute addominali.

È un manualetto pratico e perciò consigliabile MELDOLESI.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXIX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Pavia, 18-21 ottobre 1933).

(Continuazione; v. numero precedente).

Giovedì 19 - *Sed. ant.*

Presidenza: Prof. MARAGLIANO.

L'uremia.

Prof. F. SCHUPFER (Firenze).

Conclusioni.

Sotto il termine di *uremia* furono descritte varie entità morbose ma tra esse bisogna, secondo il R. distinguere:

1) La uremia vera o uremia iperazotemica;
2) La sindrome dell'anuria vera;
3) La iperazotemia con ipocloremia;
4) La eclampsia dei nefritici;
5) La pseudouremia cronica angiogena.

Le prime due sono in relazione con una intossicazione veramente di origine renale; la terza ha, nella sua patogenesi, alcuni punti di contatto colle due forme precedenti, ma non si può considerare come uremia; la quarta dipende in parte da un fattore extrarenale, ma in parte forse anche da uno renale; la quinta è indipendente del tutto dalla insufficenza del rene.

Nell'*uremia vera* si tratta di individui isostenurici, in cui si hanno nel sangue degli alti gradi di azoto incoagulabile, notevolissimo aumento percentuale del N non ureico, con corrispondente diminuzione di quello ureico, e reazione xantoproteica notevolmente accentuata. Negli stati di uremia avanzata la reazione xantoproteica compare anche nel liquido cerebro-spinale.

In questi casi si ha non solo una grave meiopragia renale; ma anche un grave *deficit* di funzione degli organi (fegato, cuore, ecc.), che sono deputati a supplire alla funzione renale, per cui tutto l'organismo entra in una fase di sofferenza. Si ha inoltre una patologica disintegrazione delle proteine dell'organismo stesso, e, in conseguenza di questa lisi tossica delle albumine, si ha anche produzione di sostanze aromatiche, che si accumulano nel sangue, aggiungendosi a quelle che, per deficiente funzionalità epatica, vi arrivano dall'intestino.

Nei nefritici cronici, vi può essere acidosi, la quale per lungo tempo è una acidosi compensata, con pH normale, ma ad un dato momento, quando l'individuo diventa uremico, diviene invece un'acidosi scompensata, con spostamento stabile del pH verso l'acidità.

Nell'uremia, quindi, alla ritenzione delle scorie urinarie, che dovrebbero essere eliminate da un rene normale, si aggiunge anche una loro maggiore patologica produzione. Ma nell'uremia si ha anche una alterazione del ricambio minerale, specie del cloro, del calcio e del magnesio, una anemia che nei casi gravi tende spesso al tipo ipercromico, ed alla fine si aggiungono le conseguenze di alterazioni, talora gravissime, del tubo gastro-enterico.

L'uremia vera od iperazotemica si può quindi definire « una intossicazione che si manifesta clinicamente con turbe o intestinali, o respiratorie, o nervose, e che è dovuta ad una gravissima insufficienza funzionale non solo del rene, ma anche degli organi deputati a supplirne la funzione, per modo che l'organismo non riesce più a liberarsi in modo sufficiente, non solo dell'accumulo delle scorie azotate e minerali del ricambio materiale normale, ma anche dei veleni, che, in conseguenza di tale ritenzione, si producono nell'organismo e di quelli che, ad un dato momento, prendono in esso origine, specialmente da una patologica disintegrazione parenterale proteica ».

La sintomatologia alle volte è prevalentemente gastro-intestinale, alle volte nervosa, alle volte respiratoria; ma molto spesso si ha un vario intrecciarsi tra loro di questi fenomeni morbosi, accompagnati talora anche da sintomi a carico della cute (uremidi). Tutta la fenomenologia non pare dovuta ad un unico prodotto tossico; ma alcuni sintomi sono dovuti ad una, altri ad un'altra sostanza, molti sono in relazione all'acidosi, ed in questi ultimi tempi si tende a dare sempre maggior valore ai veleni della serie aromatica.

Ordinariamente nell'uremia vera si ha ipertensione arteriosa; ma essa può anche mancare per tutto il decorso della malattia, cosicchè si può dire che vi può essere uremia senza ipertensione arteriosa, mentre non c'è uremia vera senza iperazotemia.

I sintomi uremici, una volta iniziati, hanno una fatale tendenza a progredire fino alla morte, ma ci sono forme che decorrono rapidamente, ed altre nelle quali il decorso è di settimane, o di mesi, od anche di 1-2 anni. Talora però questi uremici muoiono per l'intervenire di malattie infettive, per deficienza cardiaca, ecc.

Se nell'uremia interviene una di quelle condizioni nelle quali si ha, anche indipendentemente dallo stato del rene, iperazotemia (avvelenamenti, febbre, polmonite, cloropenia, ecc.) allora anche la azotemia si aggraverà; ma tale aumento dell'azotemia non avrà quel significato prognostico grave che varebbe se si presentasse per sola ragione uremica.

La cura è soprattutto dietetica preventiva. Se l'uremia è già in atto si cercherà di combattere l'acidosi e di neutralizzare specialmente i veleni della serie aromatica, agendo sia sul tubo gastro-intestinale, sia sul sangue. Quando vi è associata cloropenia si dovrà, con prudenza tentare la reclorurazione. Si può anche cercare di promuovere le così dette eliminazioni vicarianti; ma non bisogna esagerarne l'efficacia.

La *sindrome anurica* non è nè giusto, nè opportuno che venga considerata come identica a quella uremica; in essa si ha, tra l'altro, una *brusca* soppressione della funzione renale in reni che possono essere precedentemente sani, e si ha anche una istantanea soppressione dell'eliminazione dell'acqua; mentre nell'urina si ha da fare con reni da lungo tempo malati, e quindi con organismi diffusamente alterati, e, solo eccezionalmente, si ha soppressione completa della eliminazione dell'acqua.

Nell'anuria si ha di regola un primo periodo di 6 o più giorni, talora anche 10-12, e, secondo qualche osservatore, anche di più, nei quali il malato non presenta sintomi morbosi, o li pre-

senta molto leggeri, poi compare un quadro tossico che spesso rapidamente uccide il paziente. Solo se questo quadro tossico si prolunga si ha una notevole somiglianza con quello uremico. Anche qui si ha una forte disintegrazione parenterale dell'albumina dell'organismo.

I casi di *iperazotemia con cloropenia*, che si osservano in persone non nefritiche, presentano molti punti di contatto con quelli uremici. In essi la cloropenia non è la causa della iperazotemia; ma essa è dovuta, in molti casi, almeno in parte, alla forte perdita di NaCl che l'organismo in questi pazienti subisce col vomito e colla diarrea; in tutti poi al fatto che si ha anche qui una esagerata disintegrazione proteica, la quale, quando procede con ritmo accelerato, produce, secondo alcuni, una acidosi dei tessuti e consecutiva cloropessia da parte di essi. In questi casi molte volte si ha una forte essiccosi che aggrava le condizioni del paziente.

Molte delle sindromi iperazotemiche post-operatorie sono analoghe a quelle della iperazotemia con cloropenia, ed anche per esse alcuni usano impropriamente il termine di *uremia*, quasi che una iperazotemia un po' forte sia sempre indizio di uremia.

L'*eclampsia dei nefritici*, detta anche *pseudouremia eclamptica*, o forma acuta della falsa uremia, o malattia renale convulsivante, o epilessia nefrogena, o sindrome eclamptica nefrogena, si deve tenere ben distinta dalla uremia vera. In essa infatti mancano quei segni di una insufficienza assoluta dei reni che si hanno invece nella uremia vera, ed essa può presentarsi anche in persone non nefritiche. Si deve ammettere che la causa delle convulsioni si debba ricercare in un edema cerebrale; ma non si può ammettere col Volhard che esso sia uno degli ordinari edemi nefritici, che, per la sua esagerata entità, fa sì che il cervello sia come serrato entro la scatola cranica, per modo che un suo rapido aumento, od un brusco aumento della pressione arteriosa possa poi bastare a scatenare l'accesso; ma si deve ricercare la sua origine in uno spasmo non completamente occlusivo delle arterie cerebrali, associato a spasmo venoso, in soggetto con particolare reattività tissulare. Siccome però l'edema cerebrale ordinariamente non provoca fenomeni convulsivi, così si deve pensare o che si tratti bensì del solito edema, che noi osserviamo nei nefritici, ma che qui esso possa provocare le convulsioni, perchè il soggetto è particolarmente disposto ad esse, oppure che si tratti di un edema che si accosta piuttosto a quello del Quincke, od a quello dell'orticaria. In questi casi una disposizione famigliare alle convulsioni di regola manca, e quindi si deve ammettere che in essi agisca qualche sostanza tossica, che, o sia prodotta dalla infezione stessa, che è causa della nefrite, oppure che si formi nell'organismo, in seguito al disturbato ricambio, anche proteico, che si ha in questi malati, e che il rene, pur non presentando una insufficienza assoluta, non riesce ad eliminare. Non bisogna dimenticare infatti che, anche per molte delle eclampsie non nefritiche, si ammette una causa tossica. Non è però ancora dimostrato che qui si tratti dell'azione di speciali amine convulsivanti.

La forma eclamptica è più frequente nella glomerulo-nefrite acuta e nel rene gravidico, ma può presentarsi anche nel rene grinzo secondario e primario, ed allora i segni di ipertensione endocranica sono in generale meno accentuati, forse perchè lo stato tossico preesistente facilita lo scoppio delle convulsioni.

L'accesso eclamptico riproduce abbastanza fedelmente quello epilettico, e nella cura si deve sopratutto cercare di combattere colla puntura lombare, i fenomeni di esagerata pressione endocranica, e, se c'è forte ipertensione arteriosa, gioverà anche un abbondante salasso.

Nella minaccia di eclampsia si dovrà adottare la cura della fame e della sete, proposta dal Volhard, seguita poi da dieta secca priva di sale e specialmente vegetariana; ma anche qui sarà utile fare preventivamente la puntura lombare.

La *pseudouremia angiogena*, detta anche pseudouremia cronica, o encefalopatia cronica ipertonica e angiospastica, non ha alcun rapporto di dipendenza colla insufficienza renale, e si può presentare anche in persone non nefritiche. Essa è caratterizzata dalla ipertensione arteriosa e dagli spasmi arteriosi specialmente cerebrali, con brevi e transitori segni di *deficit* dei territori cerebrali ischematizzati, con disturbi del resprio e con altre disfunzioni cerebrali a carattere in parte stabile, in parte transitorio od accessionale. I sintomi di questa forma possono variamente intrecciarsi con quelli eclamptici e con quelli dell'uremia vera.

L'acidosi uremica.

(Prof. F. D'ARBELA).

Nell'uremia vera si riscontrano: l'acidosi compensata e scompensata, l'alcalosi scompensata è rara ed è da ascriversi alla pseudouremia. Il R. dopo aver descritto le caratteristiche fisico-chimiche di questi vari tipi di acidosi e dopo aver trattato ampiamente dello sviluppo storico della questione dell'acidosi renale, mettendo in giusto rilievo il contributo italiano delle Scuola di Maragliano, Micheli e Maurizio Ascoli, fa un'ampia trattazione dei caratteri clinici dell'acidosi uremica. Egli distingue un periodo di acidosi latente o preuremica, la quale non può essere svelata che dalle prove cliniche dell'ammoniuria provocata e della tolleranza dei bicarbonati, e che è l'espressione di un impoverimento dei tessuti in cationi alcalini; un periodo di acidosi compensata caratterizzato dalla diminuzione della riserva alcalina del sangue, del contenuto in CO_2 del sangue e della prova dell'ammoniuria provocata e dell'aumento della tolleranza dei bicarbonati. E finalmente un periodo di acidosi scompensata la quale, oltre che dai precedenti sintomi, è caratterizzata da uno spostamento del pH in senso acido. Il R. non crede che una acidosi compensata del tipo gassoso e che l'alcalosi scompensata siano proprie del quadro dell'uremia, e non accoglie le idee dell'Ambard sulla regolazione del respiro per opera del cloro. Tutt'al più si può ammettere che queste ultime turbe possano accompagnarsi a complicanze circolatorie o a fenomeni pseudouremici intercorrenti.

Tratta poi dei sintomi dell'uremia che possono ascriversi esclusivamente all'acidosi; rileva la difficoltà di poter stabilire con certezza la patogenesi acidosica di tali sintomi.

Nel trattare la patogenesi dell'acidosi uremica il R. mette in rilievo l'importanza del rene come organo regolatore dell'equilibrio acido-base. Il

rene ammalato perde in vario grado la capacità di risparmiare per l'organismo le basi fisse e quella di emettere le valenze acide; questa incapacità deriva dall'insufficienza della funzione ammoniogena del rene, dalla menomata capacità di secernere i fosfati acidi ed altri sali, dalla insufficienza ad ammettere gli acidi organici come tali. Questi fattori agiscono nel primo periodo dell'acidosi, nel secondo, oltre a questi si ha la ripercussione dell'acidosi tissulare sopra i processi del ricambio e sulla riserva alcalina del sangue: avviene cioè una anormale produzione di acidi organici. Fin tanto che i vari organi solidali col rene per la regolazione dell'isoionia del sangue sono ancora capaci, con una iperfunzione o con processi vicarianti, a compensare la deficiente funzionalità del rene, si ha una reazione normale nel sangue; ma appena che cedono questi meccanismi si passa all'acidosi scompensata.

In questo periodo interviene secondo il R. un nuovo meccanismo di compenso disarmonico per opera di una ammoniogenesi tissulare. Il R. si discosta colla sua teoria da quelle ammesse da altri AA. di un compenso dell'acidosi per opera dell'ammoniaca ematica e formula la sua ipotesi in base a ricerche sperimentali sue e di altri Autori ed in base a vari fatti tratti dall'osservazione clinica.

L'abbassamento della riserva alcalina del sangue insieme con lo spostamento della reazione del sangue in senso acido per una insufficienza della regolazione respiratoria, determinerebbero uno stato di ipossiemia. L'alterazione fra i rapporti di acidità del sangue e dei tessuti e la diminuzione dell'ossigeno assunto dall'emoglobina nei polmoni a causa della diminuita alcalinità del sangue determinerebbero uno stato di insufficiente ossigenazione dei tessuti. La deficienza di ossigeno, l'accumulo dell'urea, l'insufficiente asportazione della CO_2 dai tessuti concorrerebbero a modificare il normale andamento del metabolismo endogeno ed esogeno delle proteine, con una conseguente iperproduzione d'ammoniaca e da acidi organici. L'iperproduzione dell'ammoniaca rappresenterebbe un meccanismo di difesa contro la progrediente acidosi, in quanto che il catione (NH) sostituirebbe quelli dei metalli alcalini (Na, K, Ca) nei tessuti, ma pur riuscendo a mantenere l'alcalinità delle cellule finirebbe con l'intossicarle alterandone l'eccitabilità. Il passaggio e l'accumulo di quantità notevoli di NH_3 nel sangue interverrebbe come fenomeno agonico. Il R., dopo aver fatto un confronto dei sintomi dell'uremia con quelli dell'intossicazione da ammoniaca, passa in rassegna, nei rapporti colla patogenesi dell'acidosi, l'importanza della funzione ammoniogena del rene, quella della ritenzione di radicali di acidi organici (fosforico, cloridrico, solforico), finalmente l'importanza della ritenzione degli acidi organici. Conclude che mentre la ritenzione dei singoli acidi sia inorganici che organici non può spiegare l'acidosi uremica, la somma invece di tutti questi, computando il notevole aumento degli acidi organici eterosolubili del sangue, può spiegare forse detta acidosi. Tratta del grande valore prognostico che ha la determinazione del grado di acidosi, dei metodi per lo studio dell'equilibrio acido-base, e finalmente della terapia antiacida, che può dare dei risultati solo se profilattica; una volta conclamata l'uremia, essa è sintomatica e palliativa, ma non dà risultati stabili.

Le modificazioni chimiche del sangue, dei liquidi organici e dei tessuti nell'uremia vera.

(Prof. M. VOLTERRA).

Le modificazioni rilevabili nel sangue e nei liquidi organici dei soggetti in stato di uremia vera riguardano i costituenti inorganici e quelli organici. Fra le più importanti a carico dei costituenti inorganici sono da ricordare l'aumento dello solfo e del fosforo, l'aumento del potassio, la diminuzione del calcio: il contegno del cloro è variabile, ma dovrebbe esser seguito, nei singoli casi, con molta attenzione e specialmente come guida alle norme dietetiche, potendo la sua diminuzione concorrere ad aggravare lo stato uremico.

Le modificazioni a carico dei costituenti organici rivestono il più elevato valore diagnostico e prognostico. L'attenzioe si è fino a poco fa specialmente rivolta al tasso dei derivati del ricambio azotato. L'insufficienza nella funzione di eliminazione dell'azoto, pur non identificandosi con la insufficienza della funzione renale, la quale ultima ha molteplici compiti, quando diventi di tale grado da non concedere più nemmeno l'eliminazione dei prodotti azotati del ricambio endogeno, può esser presa come elemento di prova del fallimento della principale fra le funzioni dell'organo, di quella indispensabile per la vita, non compensabile nè in via naturale nè finora con mezzi terapeutici: si può parlare allora di « insufficienza renale assoluta ». Praticamente si riconosce dal fatto, che a dieta priva di proteine animali, l'azoto incoagulabile o l'urea del sangue mantengono la tendenza ad elevarsi anche dopo un congruo periodo di osservazione. L'insufficienza renale assoluta è la condizione di base obbligatoria dell'uremia vera. Si deve negare in maniera recisa che si possa avere uremia *vera* con azotemia normale o poco elevata. Non vi sono però cifre limite di N.I. o di urea che segnino il passaggio dall'insufficienza renale assoluta all'uremia vera.

Il dosaggio dell'urea nel sangue è sufficiente agli scopi pratici, anche se praticato col metodo, chimicamente non esatto, dell'ipobromito di sodio. Praticando insieme il dosaggio dell'azoto incoagulabile e dell'azoto ureico, si possono seguire le variazioni dell'azoto ureico, che hanno notevole valore prognostico innalzandosi in prossimità dell'esito letale. Lo stesso significato prognostico ha l'aumento dell'azoto dei peptoni e dei polipeptidi, il brusco e notevole aumento dell'acido urico, della creatina.

Più recentemente si è portata l'attenzione ai composti aromatici, in primo tempo all'indacano, affatto recentemente ai fenoli, agli aminoacidi e agli ossiacidi aromatici, ai cromogeni urinari. Tutte queste sostanze si accumulano nel sangue degli uremici e le variazioni del tasso di esse danno utilissimi elementi di giudizio per la diagnosi e per la prognosi: però l'applicazione della reaz. xantoproteica al sangue dealbuminizzato si è dimostrata in pratica più utile e più aderente alla clinica che non la reazione dell'indacano.

Lo studio del sangue e dei liquidi organici degli uremici ha dato occasione ai vari ricercatori di sospettare ora l'una ora l'altra sostanza come elementi causali della tossicosi uremica. La maggior parte di tali sospetti si sono in proseguo di tempo dimostrati infondati o esagerati. Tuttavia vari corpi chimici, fra quelli che si accumulano negli

uremici, posseggono una certa tossicità (potassio, ammoniaca, urea, creatinina, guanidina, fenoli, ecc.), ma il problema della genesi dell'uremia non si risolve probabilmente in questo modo. La morte per uremia (vera) è l'epilogo di una catena di fenomeni di cui il primo anello è nella ritenzione azotata: a questa segue la ritenzione di corpi aromatici d'origine intestinale; a queste succede, e forse esse stesse determinano, una distruzione parenterale delle albumine dei tessuti. È verosimile che, a causa della ritenzione e a causa della sovraproduzione di frammenti sempre più grossolani di disintegrazione proteica, si verifichi un accumulo di prodotti del catabolismo dei proteici che, per il meccanismo chimico dell'azione di massa, tende ad arrestare il ricambio proteico stesso (Volterra, 1926). In questa guisa non è necessario che tutta l'uremia sia il prodotto di azioni tossiche, cioè dell'azione di prodotti provvisti di una loro tossicità propria: con l'azione di questo o di quel prodotto tossico si possono naturalmente spiegare singole manifestazioni dell'uremia, ma la fatale progressione di questa nel suo complesso può trovare spiegazione nell'arresto del ricambio cellulare per accumulo dei prodotti del catabolismo.

La patogenesi dell'eclampsia dei nefritici e della pseudo-uremia angiogena.

(Prof. A. Lunedei).

Ricordate le varie interpretazioni che sono state date del meccanismo di produzione dell'accesso di pseudo-uremia eclamptica, le teorie dell'autointossicazione, quella della cloruremia, la teoria dell'angiospasmo e quella dell'edema cerebrale, il R. si sofferma in modo particolare sulle ultime due, rispettivamente di Forlanini e di Volhard, essendo quelle che sono oggi maggiormente discusse.

Ricordati i dati sperimentali per i quali è giustificato ammettere la possibilità di aversi crisi di spasmo delle arterie cerebrali, nonostante la discussa innervazione di questi vasi e l'ipoeccitabilità vaso-costrittrice che essi presentano di fronte ad alcuni stimoli, vengono prospettate e discusse le obiezioni che sono state mosse alla tesi del Forlanini-Pal, ecc. quale oggi viene generalmente formulata: che le crisi eclamptiche siano cioè determinate dalla sofferenza dei centri nervosi per ischemia e accumulo di metaboliti, in conseguenza di fenomeni di arteriospasmo primitivo o determinato da bruschi aumenti meccanici su pareti arteriose in istato di ipereccitabilità vasocostrittrice.

Viene successivamente discussa la tesi di Traube-Volhard, che gli accessi eclamptici, nei soggetti con tendenza agli edemi, siano determinati da uno stato di edema cerebrale e di aumentata pressione endocranica e che le crisi intervengano allorquando l'edema cerebrale rapidamente aumenta (eclampsia dei normotesi) o quando, in istato di edema cerebrale, interviene un improvviso aumento della pressione sanguigna che determina una rapida ripercussione sulla pressione endocranica (eclampsia negli ipertesi).

Discussi i dati addotti a favore di tale teoria e le obiezioni che vengono mosse ad essa, si giunge alla conclusione che anche la tesi dell'edema cerebrale, come quella dell'arteriospasmo, di fronte all'insieme dei dati clinici non finisce di persuadere.

Viene prospettata quindi una interpretazione che delle due tesi suddette prende gli elementi essenziali e le due tesi armonizza. Si ammetterebbe cioè: che la crisi di uremia eclamptica sia determinata da una forte riduzione (senza ischemizzazione assoluta) dell'afflusso del sangue al cervello per arteriospasmo più o meno diffuso, secondario spesso, data l'aumentata contrattilità arteriosa, alla stimolazione meccanica per parossistica elevazione della pressione del sangue e accompagnato verosimilmente anche da spasmo venoso; che a tale alterazione della circolazione sanguigna consegua, come reazione alla sofferenza dei tessuti, e per liberazione ed accumulo di sostanze capillaro-attive (così come avviene nella cute in analoghe condizioni circolatorie in particolari soggetti), brusca permeabilizzazione delle pareti capillari e quindi edema cerebrale più o meno diffuso; che esista in questi soggetti una particolare facilità generale o regionale alle reazioni tissulari di questo ordine e dovuta verosimilmente all'azione di fattori tossici; che tali crisi di brusca permeabilizzazione capillare, tali crisi di edema di un particolare tipo e del gruppo stesso degli edemi di Quincke, dell'edema polmonare, dell'edema meningeale degli emicranici, ecc., possa intervenire anche indipendentemente dalle crisi vasali angiospastiche localizzate o generali e anche indipendentemente dall'esistenza di una pregressa aumentata permeabilità capillare e da un pregresso stato di edema cerebrale. Anche allorquando l'eclampsia raramente interviene nei nefrotici si tratterebbe di edema cerebrale di questo tipo e non del tipo dell'edema nefrosico.

Viene esposto inoltre come tale tesi, con la quale verrebbero superate tutte le obiezioni che sono state mosse alle due teorie dell'angiospasmo e dell'edema, trovi dati in appoggio in alcune ricerche sperimentali e con quanto avviene in altri organi e in altri stati morbosi.

Per quanto riguarda la genesi dei sintomi della pseudouremia angiogena, nella quale viene generalmente attribuita la maggiore importanza alle crisi di spasmo delle arterie cerebrali, viene ricordato come una parte dei sintomi deve essere verosimilmente riportata alle lesioni arterio-sclerotiche, i fenomeni psichici in ispecie; una parte dei sintomi, cefalea, nausea, vomito, vertigine, deve essere riportata all'aumentata pressione endocranica per disturbi del meccanismo di formazione del liquido cerebro-spinale; una parte infine, i fenomeni obiettivi transitori a carico del sistema nervoso in ispecie, sembrerebbe trovare appunto nelle crisi angiospastiche la sua più soddisfacente interpretazione. Si fa rilevare però come talvolta, per il solo fatto delle anatomiche alterazioni dei vasi arteriosi e indipendentemente da crisi angiospastiche, si potrebbero avere i fenomeni obiettivi transitori a carico del sistema nervasa.

Viene ricordato infine come la crisi arteriospastica, quando intervenga in soggetti in determinate condizioni, sembra debba oggi essere considerata come uno dei fattori fondamentali della apoplessia cerebrale in questi casi.

Discussione della Relazione.

F. Micheli (Torino). — La relazione del collega ed amico prof. Schupfer è così chiara precisa esauriente e completa e così intonata ad un

sano ed acuto senso clinico che non può che sottoscrivere interamente a quanto egli ha detto.

Sull'uremia vera, sopratutto, l'accordo è ormai pressochè completo. I lavori e le ricerche della scuola di Volhard, della scuola del prof .Schupfer, e degli allievi dell'O. — tra cui ricorda il compianto C. Cipriani che ha dedicato con fortuna tanta parte della sua sapiente attività a questi studi — hanno bene stabilito che l'uremia vera non è che l'epilogo fatale della insufficienza assoluta del rene, della cronica ritenzione di scorie azotate, il che, a parte l'interesse che importa nei riguardi della patogenesi, ha la sua importanza per la delimitazione del concetto di uremia.

Un concetto che fra i medici pratici è spesso ancora oggi inteso in maniera estremamente vaga e comprensiva, così da involgere pressochè tutte le manifestazioni di sofferenza nervosa che occorrono in soggetti albuminurici, anche se l'albuminuria è semplicemente un'albuminuria da stasi, anche se il peso specifico delle urine raggiunge i 1028-1030, mentre questo concetto trova ai fini della pratica la sua più esatta definizione nella nozione patogenetica ormai generalmente accolta che, se la ritenzione azotata non è l'uremia, non c'è uremia senza manifesto forte aumento nel sangue di azoto incoagulabile o di urea.

Schupfer ha giustamente dedicato un capitolo alla sindrome della iperazotemia con cloropenia, che può aversi sotto due forme distinte, una nefritica, o, meglio, in corso di vera uremia, e un'altra, più frequente e più interessante che si può stabilire all'infuori di lesioni renali primitive. Nella prima la cloropenia come le altre gravi perturbazioni del ricambio è preceduta di gran lunga dalla azotemia; nella seconda al contrario la notevole riduzione dei cloruri del sangue costituisce il fatto primitivo e l'azotemia il secondario. E questa azotemia si origina non già per ristabilire la pressione osmotica diminuita dal deficit di cloruri nel sangue, secondo l'interpertazione di L. Blum, ma perchè in seguito alle profonde perturbazioni indotte dalla cloropenia sul chimismo dei tessuti e sulla funzione dei reni, ha luogo una aumentata distruzione delle proteine e si stabilisce anche un'insufficienza renale secondaria, la quale in qualche caso può tradursi, oltre che nell'azotemia, nell'aumento dei valori dell'indacano e della reazione xantoproteica (Brandt e Seelig, ecc.).

Il prof. Schupfer, passando ad altro argomento, ha avuto la bontà di ricordare un caso recente dell'O. di eclampsia in corso di glomerulonefrite acuta, nel quale l'O. ha messo in rilievo accanto ai sintomi di irritazione meningea (rigidità della nuca, Kernig, ecc.) anche le note biochimiche e citologiche di una lieve meningite all'esame del liquor. Può assicurare il prof. Schupfer, che non a torto forse considera insufficenti all'interpretazione patogenetica della sindrome eclamptica l'edema cerebrale e l'angiospasmo, che questa reazione meningea è, per quanto in vario grado, apparsa costante nei vari casi in cui fu ricercata, ultimamente anche in un caso di eclampsia in nefropatia gravidica.

A. PARI (Padova). — Dopo la esauriente relazione del prof. Schupfer sull'uremia, che rispecchia così completamente le nostre cognizioni attuali, purtroppo per sè stesse insufficienti ancora, poco vi sarebbe da dire sulla patogenesi di questo stato morboso. Desidera però avanzare una riserva sulla separazione così netta dell'anuria dall'uremia vera, perchè se questa separazione è fondata da molti punti di vista, bisogna però anche riconoscere che non è completa e che esistono tra l'una e l'altra complessi rapporti, anche causali, poichè l'anuria e la ritenzione possono provocare alterazioni di organi diversi dal rene, le quali diventano poi a loro volta fattori di uremia vera.

Desidera fermarsi su alcuni punti i quali pure risentono della deficienza delle nostre nozioni sulla patogenesi dell'uremia, ma che pure consentono di considerare se queste nozioni offrano la possibilità di qualche applicazione terapeutica.

Nell'animale reso anurico è ben diversa la condizione secondo che i reni sono stati tolti, o permangono alterati nell'organismo. Nel secondo caso la sopravvivenza è molto minore. Questo dimostra che il tessuto renale alterato è un fattore di intossicazione. È quindi ingiustificato introdurre nell'uremico preparati renali, e l'esperienza clinica lo conferma. Troppo si usano questi preparati nella pratica. Molte volte in nefritici e in uremici il miglior vantaggio che la nostra terapia possa portare consiste nel sospendere l'uso dei preparati renali che venivano loro somministrati, e potrebbe citare a prova numerosi casi clinici.

Altre vie, diremo così, opoterapiche, furono tentate con la somministrazione di preparati tiroidei, come diuretici e per altre ragioni. Ma anche qui l'esperimento e la prova clinica depongono invece per il danno di questi preparati. Esperienze del suo aiuto dott. Pennati sugli animali resi anurici dimostrano una grandissima riduzione della durata della vita quando si somministrino estratti tiroidei. Negli ammalati uremici si hanno risultati concordanti con questi, nel senso che l'uso di estratti tiroidei è dannoso. Questo si spiega perchè la tiroide intensifica il ricambio.

Invece la somministrazione di paratiroide (per molti processi del ricambio antagonista della tiroide) nell'esperimento sull'animale sembra utile, perchè prolunga la vita dell'animale anurico. Però questi esperimenti con la paratiroide, pure eseguiti dal dott. Pennati, sono molto recenti e quindi per ora non può dire se i risultati che si possano ottenere nell'ammalato (uremico vero) concordino; certo i risultati sperimentali incoraggiano ad eseguire la prova anche nell'ammalato.

DE FLORA (Genova). — A proposito di quanto messo in rilievo dal R. circa l'alterazione della funzionalità epatica nell'uremia vera, l'O. ricorda alcune sue ricerche sperimentali, secondo le quali, nei cani resi uremici, in seguito alla legatura degli ureteri, ha potuto constatare che già fin dalla 12ª ora il fegato diventa gravemente e progressivamente insufficiente fino alla morte. Occorre tener conto che l'uremia vera si basa su meccanismi patogenetici diversi; ricerche cliniche eseguite dall'O. hanno però messo in evidenza che negli uremici, anche allo stato iniziale, è riscontrabile una deficiente attitudine deamminizzante del fegato.

L. CANNAVÒ (Palermo). — Il problema dell'uremia, che da molti anni ormai tormenta lo spi-

rito di clinici e di sperimentatori è purtroppo, non ostante i numerosi e spesso importanti contributi di quest'ultimo trentennio di ricerche, a cominciare dalle geniali dottrine del compianto Giulio Ascoli, tuttora in buona parte insoluto. Molti dati però hanno reso meno densa l'ombra che avvolge la genesi di questa grave ed impressionante sindrome clinica, dati ricavati sopratutto dalla biochimica e dalla bio-fisico-chimica.

Particolare importanza ha assunto oggi lo studio di due fattori: l'acidosi e l'intossicazione fenolica. Sul valore diagnostico e prognostico grandissimo dello studio dell'acidosi renale tutti sono ormai di accordo e l'O. si augura che la semplice e sicura tecnica del dosaggio della riserva alcalina entri nella pratica medica corrente dello studio delle nefropatie.

Un valore di pari, se non di maggiore importanza hanno la ricerca ed il dosaggio delle sostanze a radicale aromatico contenute nel sangue; l'O. a questo proposito sottoscrive pienamente a quanto è detto nella relazione del prof. Volterra.

Infine, riguardo alla cosidetta pseudouremia eclamptica, l'O. ricorda il dato da lui in precedenza osservato di variazioni del rapporto NaCl del sangue: NaCl del liquor durante l'attacco convulsivo.

ZAPPACOSTA (Napoli). — Molte ricerche tendono a dimostrare che le basi guanidiniche debbano giocare una parte preminente nella genesi dell'uremia e l'O. ritiene che il notevole aumento della creatina e della creatinina del sangue degli uremici sia in parte in rapporto con la iperguanidinemia e più propriamente da riguardare come uno svelenamento. Anche l'aumento dell'ammoniaca e dell'urea del sangue degli uremici va in parte secondo l'O. considerato alla stessa guisa: la guanidina verrebbe scissa idroliticamente in urea ed ammoniaca, e la sede di questa trasformazione potrebbe essere il fegato, come risulterebbe anche da ricerche fatte dall'O. in collaborazione col dott. Colarusso. La disfunzione epatica degli uremici l'O. l'ha anche documentata con la prova della glicociamina da lui proposta. L'aumento di acido lattico da iniezione di guanidina è per l'O. un altro fattore che contribuisce all'acidosi uremica. L'ipocalcemia che induce la guanidina spiegherebbe anche l'ipocalcemia e di conseguenza l'iperpotassiemia degli uremici. L'O. inoltre annunzia un suo metodo di ricerca dell'indolo e dello scatolo nel sangue, e riferisce di aver trovato solo modico aumento nei nefritici.

E. MACCHIA (Napoli). — Data l'importanza delle sostanze aromatiche nella patogenesi dell'uremia, l'O. ha voluto vedere sperimentalmente quale è l'azione patogena delle sostanze suddette sul rene, ma i risultati ottenuti non permettono all'O. di considerare l'indolo quale veleno renale.

M. LANDOLFI (Napoli). — Dopo di essersi congratulato coll'insigne relatore per la geniale relazione che tanta luce ha recato all'intricato argomento dice dell'occhio uremico. Non esiste un occhio uremico così come si ammette un occhio basedowiano con i suoi caratteri ben definiti (ricordare sopra tutto la triade del Castellino: esoftalmo, midriasi, dilatazione della rima palpebrale). Le variazioni del c. d. *occhio nefritico* sono infinite, ma pure spiccano alcuni sintomi come il classico *edema palpebrale bilaterale* a carico specialmente delle palpebre inferiori nelle nefriti cloruremiche o miste, la *retinite albuminurica*, per lo più, meglio appellata *neuro-retinite*, con abitualmente scarsi sintomi funzionali, che può stare nella nefrite acuta e sopra tutto nelle nefriti croniche con tendenza all'azotemia, e sopra tutto, a proposito particolarmente dell'occhio uremico eclampsico, l'*amaurosi*, che si sviluppa per lo più in guisa rapida e tal fiata a dirittura di colpo, o anche l'*emianopsia*, senza reperto patologico nel fondo dell'occhio. Secondo Pick, Rendu, ecc., l'emianopsia omonima che si osserva nelle nefrosclerosi e nelle nefriti interstiziali degli arteriosclerotici è la conseguenza di solito irreparabile di una trombosi od emorragia del centro visivo nel lobo occipitale. Interessanti sono anche le *emorragie* che si notano nel fondo dell'occhio o nel corpo vitreo, e nella nefrite acuta, e specialmente nelle nefrosclerosi, o nelle nefriti croniche degli arteriosclerotici. La *papillite* si riscontra spesso nei casi di nefrite cronica che inclininano all'eclampsia, meno frequentemente in quelli che inclinano all'uremia p. d. Il De Vincentiis tra i segni rari di occhio nefritico elenca la *diminuzione dell'ampiezza accomodativa*, l'*emeralopia*, lo *scotoma centrale*, gli *accessi di ammiccamento vibratorio delle palpebre*, l'*esoftalmo*, l'*anisocoria*, ecc., dei quali sintomi alcuni, secondo il citato A., troverebbero più adeguata spiegazione nella causa generale che ha determinata la nefrite. Terrien e Cousin tra i sintomi rari di nefrite mettono anche le *paralisi degli abduttori*, l'*irido-ciclite*, le *poussées di glaucoma*, ecc. Secondo il Vaquez le turbe visive senza alterazioni retiniche, ambliopia, emianopsia, emeralopia, mosche volanti, ecc., sono delle manifestazioni che dovrebbero essere tolte dal quadro dell'intossicazione uremica con impregnazione tossica dei centri corticali, ed attribuite a crisi ipertensive con le quali sempre coincidono. Ma ciò fu affermato prima dal Forlanini. L'O. insiste sopra tutto sui *segni pupillari dell'occhio uremico*: 1) *miosi;* 2) *clono pupillare spontaneo o provocato;* 3) *diminuzione od assenza dei riflessi pupillari;* 4) e sopra tutto l'*anisocoria spontanea* (Barkes e Hayes) o *provocata*, o anche a *bascule*, quest'ultima solo nelle forme eclampsiche, e sui *disturbi del senso cromatico* (*acromatopsia, discromatopsia*). L'eritropsia può rinvenirsi nella pseudouremia.

Nella eclampsia, e nell'uremia mista, quando spiccano i disturbi oculari, specie i disordini pupillari e del senso cromatico, l'O. ha visto guarire degl'infermi, ribelli ad ogni altra cura, con la puntura lombare di Quincke associata alla iniezione sottocutanea del *liquor* estratto, per lo più nella quantità di 10 cmc., il che deporrebbe a favore della teoria delle nefrolisine di Giulio Ascoli, e delle vedute del Micheli sullo stato irritativo del *liquor*. Conclude col riferire le ricerche, praticate nell'Istituto Achille De Giovanni, del De Vita sull'indacanorachia, dell'Inglese sulle nefrastenia e paramalaria, e del De Arcangelis sulle iniezioni endovenose di calcio nell'uremia, rivendicando alla Scuola del prof. Miranda ed al compianto dott. Bernardi l'applicazione del metodo favorevolissimo delle iniezioni endovenose di calcio nell'eclampsia gravidica.

Risposta del Relatore.

Ringrazia il prof. Micheli delle sue cortesi parole e del contributo da lui portato alla importante questione della iperazotemia con cloropenia.

nella quale però in generale le alterazioni renali non sono del tipo di quelle che possono determinare fatti uremici. Le alterazioni del liquor del tipo di quelle che si hanno nelle alterazioni meningitiche, da lui riscontrate nell'eclampsia delle nefriti acute rappresentano un valido appoggio alla sua asserzione che l'edema cerebrale degli eclamptici non sia uno dei soliti banali edemi dei nefritici, ma debba accostarsi all'edema del Quincke.

Al prof. Pari si permette di osservare che egli non ha disconosciuto il valore e l'importanza degli esperimenti sugli animali fatti per mezzo della asportazione dei reni o della legatura degli ureteri, delle vene, o delle arterie renali, ma i fenomeni che così si producono potranno chiarire la fenomenologia dell'anuria dell'uomo, e quindi tutt'al più si potrebbe per essi adottare il termine di uremia acuta, ma essi si devono tenere ben distinti da quelli che si hanno nell'uremia cronica dell'uomo, la quale rappresenta l'ultimo capitolo di una nefrite in generale del tipo del rene grinzo secondario o primario, la quale ha un decorso molto cronico e rappresenta non una malattia locale del rene, ma una malattia più generale, per modo che al momento in cui scoppia l'uremia si tratta di una meiopragia non solo del rene, ma anche degli organi che hanno cercato di supplirne la funzione. Nelle suddette ricerche sperimentali, e non raramente anche nell'anuria, si tratta invece di un rene precedentemente sano. È d'accordo con lui nel ritenere che la somministrazione di estratti di rene, o di tiroide, all'individuo uremico sia dannosa, anche perchè si viene in tal modo a somministrare delle sostanze proteiche allo stato di conservazione artificiale, e quindi facilmente alterabili. L'efficacia degli estratti paratiroidei fu dal Pari osservata solo nell'anuria sperimentale, e quindi bisogna andar cauti nel trasportare questo risultato all'uremia vera dell'uomo.

Ringrazia il prof. De Flora del contributo da lui portato alla conferma di quelle alterazioni del fegato negli uremici, che sono state con tanta competenza messe in rilievo specialmente dal Mya.

Le ricerche del prof. Cannavò sull'acidosi dei nefritici e sulle variazioni del contenuto in NaCl del liquor degli eclamptici sono certo molto importanti; ma esse sono già ricordate nella relazione dell'O., ed in quelle del prof. Volterra e del prof. Lunedei e quindi su di esse non si trattiene più a lungo.

Il prof. Zappacosta ha fatto delle interessanti ricerche sulla guanidina, e ricerche analoghe furono fatte anche nella Clinica di Firenze dai dottori Pekelis e Parenti. L'O. però crede che convenga andare molto cauti nell'attribuire a tali ricerche un valore assoluto per spiegare la genesi dei fenomeni uremici. Nell'uremia ci sono tante turbe del ricambio materiale, e nel sangue si accumula una tale quantità di sostanze, in parte trattenute in conseguenza della lesione renale, in parte patologicamente prodotte nell'organismo stesso, che ogni ricercatore ha la tendenza ad attribuire il massimo valore a quelle sostanze che furono oggetto dei suoi studi. Può essere che alla guanidina spetti una parte importante nella patogenesi almeno di alcuni sintomi dell'uremia; ma per ora manca di ciò una convincente dimostrazione.

Al prof. Macchia ripeterà quanto già ha detto al prof. Pari, che cioè le ricerche sperimentali non possono essere senz'altro utilizzate per spiegare la genesi dell'uremia vera dell'uomo.

Al prof. Landolfi fa osservare che non riesce ad afferrare bene le ragioni che lo spingono a riiniettare al nefritico eclamptico il proprio liquor, estratto con la puntura lombare. L'efficacia dell'evacuazione del liquor, specie se associata al salasso, è così evidente che in generale con tale mezzo scompaiono i sintomi minacciosi. In questa condizione di cose non sa neanche su quali criteri ci potremmo basare per chiarire se realmente la efficacia della puntura sia aumentata dalla autoliquorterapia da lui suggerita. Il prof. Landolfi è convinto dell'efficacia delle iniezioni endovenose di Ca nell'eclampsia delle gravide, e questo non si può negare; ma se egli volesse non tanto associare questa terapia e quella della puntura lombare, ma sostituirla ad essa, crede che egli si assumerebbe una grave responsabilità.

Ringrazia il prof. Maragliano degli elogi che egli volle fare a lui ed ai suoi collaboratori, e, come risulta dalla relazione, è d'accordo con lui nel ritenere che nelle nefriti non si deve considerare solo la malattia del rene; ma che in questi casi si tratta di una malattia generale dell'organismo. E tale concetto è applicabile anche allo studio dell'uremia, come ripetutamente ha detto nella relazione.

In essa ha voluto condensare in brevi pagine il vasto problema dell'uremia, perchè ritiene che dove ancora regna tanta oscurità, valga più esporre in un congresso le linee generali, anzichè troppi fatti e troppe discussioni particolari, che finiscono poi per impedire di abbracciare la questione nel suo complesso. Per la stessa ragione ha evitate le digressioni su una infinità di problemi collaterali, per quanto importanti nelle loro connessioni coll'uremia. Domanda perciò venia se ha citato pochi nomi, e pochi lavori particolareggiati, per quanto notevoli.

Non vuole però chiudere il suo dire senza fare notare come, anche in questo importantissimo campo della patologia medica, spicchino in prima linea i nomi di ricercatori italiani, e come senza le geniali ricerche ed intuizioni di un Forlanini, di un Maragliano, di un Mya, e di un Giulio Ascoli, per citare solo alcuni fra i tanti, il problema dell'uremia non avrebbe tanto facilmente cominciato ad uscire da quella nebulosità che quaranta anni fa ancora lo avvolgeva.

LX Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Pavia, 18-21 ottobre 1933.)

L'inaugurazione di questo Congresso ebbe luogo unitamente a quello del Congresso di Medicina Interna; ne venne già data notizia nello scorso numero.

Mercoledì 18 - *Sed. pom.*

Presidenza: Prof. G. FICHERA.

Il drenaggio delle vie biliari.

(*Derivazione della bile*).

Prof. O. UFFREDUZZI (Torino).

Per quanto da molti anni venga praticato il drenaggio delle vie biliari in circostanze molto svariate, le nostre conoscenze sulla fisiopatologia di questo intervento terapeutico e sulla vera influenza che esso può esercitare sulla funzione epatica, sono in molte parti ancora oscure. Persino i

limiti del concetto di drenaggio delle vie biliari sono indeterminati e molti interventi possono effettivamente avere ripercussioni sul fegato e sulla sua funzione, senza per questo rientrare nel concetto preciso di drenaggio delle vie biliari.

Per drenaggio delle vie biliari s'intende un intervento capace di abolire la tensione, sia normale che patologica, che esista nelle vie biliari. È noto che la bile procede nelle vie biliari sotto una tensione piuttosto scarsa che si può calcolare approssimativamente a 18-24 cm. d'acqua. Queste determinazioni però sono molto incerte perchè la tensione nelle vie biliari può subire notevoli variazioni a seconda che lo sfintere di Oddi sia completamente o parzialmente chiuso od aperto, a seconda che la cistifellea intervenga più o meno direttamente ed efficacemente come fattore regolatore di questa tensione. In condizioni patologiche questa tensione può aumentare notevolmente o perchè vi è un ostacolo sul decorso della bile (calcolo nel coledoco, tumore della testa del pancreas, tumore della papilla, ecc.), o perchè lo sfintere di Oddi rimane più a lungo e più intensamente chiuso del normale per fatti patologici, quale per esempio lo spasmo permanente. In queste condizioni si comprende che un intervento il quale riesca in qualsiasi modo a sopprimere l'ostacolo o comunque la causa patologica che ha prodotto l'aumento di tensione, riporterà la tensione alla norma e quindi eliminerà ogni causa di ripercussione dannosa sul fegato, senza per ciò rappresentare un vero drenaggio delle vie biliari.

Si comprende perciò come non si faccia un drenaggio delle vie biliari quando si pratica una coledocotomia per allontanare un calcolo ed è discutibile che effettivamente si faccia un drenaggio delle vie biliari quando si pratica un intervento di derivazione quale per esempio la colecistogastrostomia per girare un ostacolo delle vie biliari che si possa ritenere inemendabile. Noi riteniamo perciò che si possa esclusivamente parlare di drenaggio delle vie biliari, quando viene soppressa in esse anche quella lieve tensione che la chiusura dello sfintere di Oddi provoca in esse dando luogo all'apertura della cistifellea ed alla penetrazione della bile in essa. Tuttavia sarebbe un errore il considerare questo problema come un problema esclusivamente idraulico, poichè alla tensione ed alla progressione della bile contribuiscono in grandissima parte meccanismi nervosi molto sensibili che assicurano nello stesso tempo la progressione della bile e la conservazione nell'albero biliare di una tensione sufficientemente modica da evitare qualsiasi reflusso e ripercussione nell'interno del fegato.

È noto che la cellula epatica, per poter funzionare normalmente e senza perturbazioni, deve trovare dinnanzi a sè nei capillari biliari una pressione minima e talvolta anche negativa. Con quali meccanismi queste condizioni siano assicurate è difficile determinare, poichè molti fatti riferentisi alla zona di passaggio tra i canalicoli biliari ed i capillari biliari sono oggetto di numerose discussioni anche tra anatomici. È tuttavia verosimile che in questa zona in cui i tubuli sono pressochè fissurali, senza lume, vi sia un organo di difesa che separa nettamente la tensione esistente nei vasi viliari da quella esistente nei canalicoli biliari a contatto colla cellula epatica.

Inoltre un fattore di difesa e di separazione deve ancora venir ricercato nelle numerose ghiandole sparse in vari punti delle vie biliari anche extraepatiche, che costituiscono colla loro secrezione mucosa una barriera ed un ostacolo al reflusso nel fegato sia di sostanze dannose ed ormai destinate alla eliminazione, sia soprattutto di germi. È noto che uno dei punti più importanti di addensamento di queste ghiandole va ricercato nelle prime vie biliari extraepatiche ed è notevole il fatto che in questa sede a differenza di quanto si verifica in corrispondenza dello sbocco del coledoco nell'intestino ed a differenza della zona colletto-cistica, la difesa è esclusivamente affidata a questa secrezione ghiandolare, mentre manca qualsiasi accenno a formazioni sfinteriche, le quali contraendosi, non potrebbero che aumentare la tensione intraepatica e quindi forzare le difese surricordate. È evidentemente perciò che questa separazione tra canalicoli biliari e capillari non può essere che relativa e per poco che la tensione aumenti nelle vie biliari extraepatiche oltre il normale, la difesa è forzata e la tensione si ripercuote sulla cellula epatica con quei danni ben noti per la funzione epatica in genere e per quella esterna in particolare.

Si distingue generalmente un drenaggio medico ed un drenaggio chirurgico. Il così detto drenaggio medico trova numerose indicazioni e può rendere preziosi servizi, sia nel provocare la risoluzione di un ittero e di una stasi biliare, sia nel preparare un paziente a subire un intervento, sia infine nel curare molti dei disturbi che si riscontrano nei colecistectomizzati, ma per definizione non può in realtà rappresentare un vero drenaggio delle vie biliari, perchè esso agisce non abolendo la tensione in esse, ma anzi aumentandola, provocando una forte contrazione della cistifellea e delle vie biliari a monte dell'eventuale ostacolo.

Il drenaggio chirurgico può essere esterno od interno a seconda che la bile è condotta definitivamente fuori dell'organismo od è riportata all'intestino per un'altra via che non sia quella normale. Questo scopo lo si può ottenere sia girando lo sfintere di Oddi, sia usufruendo della via normale dopo avere variamente messo fuori azione lo sfintere di Oddi (dilatazione progressiva, papillotomia, drenaggio abbandonato alla Duval).

Il drenaggio esterno comprende la colecistostomia, la cisticostomia, il drenaggio dell'epatico secondo Kehr e la coledocostomia.

Il drenaggio interno, o derivazione, comprende la colecistogastrostomia, la colecistoduodenostomia, la colecistodigiunostomia e la coledocoduodenostomia.

Le indicazioni del drenaggio delle vie biliari, comprendendo anche la derivazione, possono schematicamente essere raccolte nel modo seguente:

1) *Casi con ostacolo e tensione aumentata nelle vie biliari* (generalmente accompagnati da ittero):

a) Se si tratta di un calcolo del coledoco e la presenza di fatti angiocolitici o di deficienze della funzione epatica fa temere della resistenza del paziente, è indicata in primo tempo la colecistostomia, eventualmente la cisticostomia, per passare poi in secondo tempo, ad ittero scomparso, a fatti agiocolitici attenuati e a funzione epatica migliorata, all'allontanamento del calcolo dal coledoco.

Se l'ostacolo invece è presuntivamente inamovibile (cancro della papilla di Vater, carcinoma della testa del pancreas) è indicata generalmente la derivazione interna, specialmente colla colecistogastrostomia.

b) Nella pancreatite acuta l'esperienza ed i risultati del drenaggio sono ancora scarsi ed incerti e l'indicazione non sempre evidente.

c) Nella pancreatite cronica è indicato generalmente il drenaggio esterno, per lo più colla colecistostomia, assai più raramente colla cisticostomia. In questi casi infatti occorre non solo mettere in riposo il tratto di coledoco che attraversa la testa del pancreas, ma anche derivare e portar fuori dell'organismo le sostanze tossiche ed i germi che danno alla bile il suo carattere patologico. Tuttavia se nella lesione della testa del pancreas, vi sono caratteri di grande persistenza, tanto che il reperto possa confondersi con quello di un neoplasma pancreatico, è piuttosto indicato il drenaggio interno.

2) *Casi di angiocolite acuta e cronica senza ostacolo apprezzabile nel coledoco.*

Nell'angiocolite accompagnata da ittero più o meno intenso, sia essa acuta o cronica, sia sopratutto recidivante, è indicato il drenaggio esterno, perchè l'interno, oltre da essere in genere insufficiente ad abolire la tensione, non riesce sopratutto a rompere il circolo enteroepatico e ad evitare quindi il riassorbimento di germi e di tossine da parte dell'intestino.

3) *Casi di ittero epatogeno primitivo così detto catarrale.*

Abbiamo a questo riguardo esperienza ancora alquanto limitata, ma è certo che in casi gravi fin dall'inizio, oppure in casi pertinaci, e sopratutto poi quando vi sia dubbio sulla presenza di un ostacolo meccanico e la diagnosi differenziale non sia possibile, l'intervento può essere indicato e consisterà ancora nel drenaggio esterno (colecistostomia) per le ragioni surricordate.

4) *Epatiti acute senza ittero o così detto grosso fegato infettivo.*

Il drenaggio non è in genere indicato in queste forme e la laparotomia semplice o associata a punture esplorative del fegato destinate a scoprire un eventuale ascesso, ha dato da sola spesso ottimi risultati.

5) *Epatiti croniche.*

Il drenaggio non trova in queste forme in genere alcuna indicazione. Tutt'al più nei casi con ittero e fegato grosso, si potrà tentare il drenaggio allo scopo di alleggerire la tensione nel fegato, ma l'esperienza da questo punto di vista è assai scarsa, ed i presupposti teorici molto discutibili. Ancora più difficile è trovare giustificazione ad un intervento di drenaggio nelle forme croniche senza ittero. L'insufficienza epatica in queste condizioni non risulta che sia modificata dal drenaggio e non si può sperare, anche se per ipotesi si ammettesse che tossici in queste condizioni vengono eliminati colla bile, di potere interrompere permanentemente queste condizioni con un drenaggio che di necessità deve essere temporaneo.

6) *Nelle discinesie della cistifellea* non vi è alcuna indicazione al drenaggio e solo quando tutto l'albero biliare sia interessato da perturbazioni funzionali gravi, accompagnate da stasi e da ritenzione, il drenaggio può trovare eccezionalmente indicazioni.

7) *Nella calcolosi della cistifellea e nella colecistite senza calcolo*, se non v'è contemporaneamente angiocolite o pancreatite, manca in genere indicazione al drenaggio delle vie biliari. La speranza di ovviare agli eventuali calcoli dimenticati, e di influenzare le lesioni epatiche spesso concomitanti e l'eventuale insufficienza della funzione epatica, non pare giustificata allo stato attuale della nostra esperienza, a meno che non vi siano elementi che facciano pensare a fatti di stasi biliare. Il drenaggio deve essere limitato a casi ben determinati, con precisa indicazione, poichè nel decorso post-operatorio è causa di prolungamento di disturbi, talvolta ritarda a chiudersi, talvolta non si chiude affatto, ed è in ogni caso fattore di dispersione di energie dell'organismo. La funzione epatica che può in casi gravi e vecchi di colecistite essere notevolmente alterata, anche senza che vi sia stasi ed ittero, non pare che sia influenzata in modo apprezzabile dal drenaggio.

Comunicazioni inerenti al tema.

Foà Arrigo (Torino). — *L'indagine radiologica nel drenaggio chirurgico delle vie biliari.* — Ha sistematicamente controllato lo stato della canalizzazione biliare in operati di colecisto-stomia, usando il metodo di introduzione di sostanze opache ai raggi X. Ha potuto contribuire notevolmente alla dimostrazione di persistenza, miglioramento, scomparsa di un fenomeno occlusivo. In qualche caso ha potuto dimostrare la natura di questo; spesso ha potuto rilevare le condizioni dei dotti intraepatici che col loro aspetto possono indicare uno stato maggiore o minore di stasi biliare.

Nello studio di pochi casi di colecisto-gastrostomia, rileva la difficoltà di mettere in evidenza la neostomia e la tecnica migliore per riuscirvi.

Salici L. (Genova). — *Modificazioni nella curva amminoacidemica dopo derivazione completa della bile.* (*Ricerche sperimentali*). — È generalmente ammesso dagli Autori, che esiste diversità di comportamento fra la curva amminoacidemica dell'uomo normale, rispetto a quella del cane. Questa diversità, che viene confermata anche dalle sue ricerche, consiste sopratutto nell'aumento dei valori estremi della curva che superano spesso le cifre iniziali.

Negli animali operati la curva rivela una precoce disfunzione della cellula epatica. In un periodo più tardivo, però, il tasso amminoacidemico tende a migliorare tanto da far supporre l'esistenza di tentativi di compenso. In definitiva però, dopo un periodo più o meno lungo, si osserva nel potere deamminizzante del fegato, una riduzione progressiva che va accentuandosi parallelamente al decadimento delle condizioni fisiche dell'animale e che continua fino alla morte di esso.

È molto verosimile che tali alterazioni vadano interpretate come esponente funzionale delle lesioni anatomo-patologiche che in tali condizioni vennero riscontrate da vari Autori a carico della cellula epatica.

Pacetto G. (Roma). — *Ricerche sperimentali sulla derivazione interna della bile.* — L'O. ha studiato nel campo sperimentale un nuovo metodo di derivazione interna della bile applicabile nei cosidetti « casi difficili » di chirurgia biliare, quando cioè ci si trova dinanzi a estese perdite di sostanza o a lunghi tratti stenotici della via biliare principale e non si può disporre nemmeno della via accessoria per stabilire una anastomosi bilio-gastrica o duodenale.

Il metodo, proposto da Schrager, consiste nell'allestire, mediante un lembo peduncolato di mucosa gastrica, un cilindro la cui estremità libera viene anastomizzata al dotto epatico e la cui base sbocca nello stomaco attraverso un'asola della spessa muscolatura antrale. Questa, ad ogni onda peristaltica, viene a chiudere l'orificio anastomotico evitando così il reflusso e l'infezione ascendente.

Gli esperimenti condotti dall'O. — anche prelevando il lembo dalla mucosa duodenale — gli hanno dimostrato fino ad òra che lo scopo non viene raggiunto in tutti i casi, ma che è possibile realmente con questo metodo di impedire il reflusso e l'infezione ascendente, come provano, in alcuni casi, i risultati delle ricerche radiologiche, batteriologiche e istologiche praticate sugli animali operati.

L'O. si ripromette di continuare questi esperimenti con opportuni accorgimenti di tecnica.

PAGLIANI F. (Bologna). — *Il comportamento della glicemia dopo derivazioni totali della bile. Contributo sperimentale.* — Nei casi sottoposti a fistola biliare esterna, senza aversi una vera e propria iperglicemia, i valori glicemici tendono, in ragione diretta col tempo, a raggiungere cifre elevate mai per il passato in condizioni normali riscontrate, con oscillazioni che però non ritornano col limite minimo al valore di partenza.

PAGLIANI F. (Bologna). — *Produzione sperimentale di ulcera gastro-duodenale da derivazione totale della bile.* — Su 5 casi operati tutti hanno presentato lesioni erosive più o meno gravi che in due casi hanno, molto precocemente, raggiunto l'entità di una vera e propria ulcera. L'O. ritiene però che oltre al mancato deflusso biliare concorrano molti altri fattori.

BOBBIO A. (Torino). — *Sul comportamento del calcio, potassio, fosforo e della riserva alcalina in individui con derivazione esterna della bile. (Nota preventiva).* — Tanto nella derivazione totale della bile protratta a lungo quanto nella derivazione parziale, si manifestano sempre sintomi di acidosi relativa. Nei casi non sono state rilevate alterazioni del tasso del calcio e del potassio del sangue, mentre in uno dei casi è stata notata una notevole diminuzione del fosforo inorganico.

In nessuno dei casi si ebbero alterazioni dello stato generale del paziente e segni di lesioni scheletriche, quali si riscontrano, come conseguenza dell'acidosi, costantemente negli animali nell'esperimento e solo con estrema rarità nell'uomo.

RABBONI F. (Palermo). — *Alterazioni del cuore e grossi vasi dopo derivazione totale della bile associata o no ad emiparatiroidectomia.* — L'O., studiando le alterazioni macro- e microscopiche del cuore e dei grossi vasi nei cani operati di derivazione totale della bile, associata o no ad emiparatiroidectomia, ha riscontrato costantemente congestione, edema ed emorragie più o meno cospicue diffuse a tutto il miocardio; inoltre degenerazione fino alla necrosi delle fibrocellule muscolari. A carico dei grossi vasi ha notato atrofia della media fino alla degenerazione e necrosi; talvolta neoformazione connettivale. L'entità di queste alterazioni è stata sempre proporzionale al tempo trascorso dall'operazione; inoltre più cospicua negli animali contemporaneamente operati di emiparatiroidectomia.

L'O. è portato ad attribuire la causa di tali lesioni oltre a fattori tossico-acidotici, al super-lavoro cui è costretto l'apparato cardiovascolare per le lesioni epatiche e renali.

AGRIFOGLIO M. e CANAVERO M. (Genova). — *Riserva alcalina, calcio, grassi dopo derivazione completa della bile.* — Gli OO. con ricerche condotte su cani nei quali era stata eseguita la derivazione completa della bile all'esterno, hanno rilevato diminuzione della calcemia, diminuzione della riserva alcalina nel sangue e minore utilizzazione dei grassi. I grassi passano inassorbiti nelle feci in una percentuale che varia dal 41 % al 64 % ed il reperto elevato di essi è dato sopratutto dai saponi e dagli acidi grassi.

Ritengono gli OO. che le perturbazioni osservate sperimentalmente siano dovute sopratutto alla mancata utilizzazione dei grassi che conduce all'autofagia, per cui gli animali dimagrano e cadono in stato acidosico.

L'acidosi ha per conseguenza l'aumentata eliminazione del calcio e del fosforo che vengono pertanto sottratti al tessuto osseo.

CICERI e GABRIELLI (Venezia). — *Considerazioni sulla influenza esercitata dal drenaggio delle vie biliari nel ricambio degli idrati di carbonio in individui affetti da lesioni del fegato e del pancreas con iperglicemia e glicosuria.* — Nelle forme infiammatorie acute e croniche del fegato e delle vie biliari e del pancreas, suscettibili di cura chirurgica, qualora coesista una turba del metabolismo degli idrati di carbonio conseguenti alle alterazioni funzionali dei visceri lesi, l'intervento vale a migliorare le lesioni anatomiche del fegato e del pancreas ed in pari tempo a ristabilire l'equilibrio glicemico entro i limiti fisiologici.

BARCO P. e GIANNONI G. (Genova). — *Derivazione totale della bile e funzionalità pancreatica.* — Sperimentalmente la derivazione totale della bile determina marcate e progressive modificazioni a carico della funzionalità sia esterna che interna del pancreas.

Volendo specificare, possono affermare che in primo tempo, sia la lipasi, sia l'amilasi, sia la glicemia, subiscono oscillazioni varie, tanto che qualche volta è possibile ottenere cifre superiori alla media normale, per passare in un secondo tempo ad una diminuzione graduale e progressiva di tutti i loro valori, presentandosi tale quadro sempre più evidente sino alla morte dell'animale in esperimento.

TADDEI D. (Pisa). — *Colecistostomia transepatica. Tecnica ed indicazioni.* — In empiemi della cistifellea, quando questa sia retratta e affondata da aderenze, e in cui sia indicata una colecistostomia, questo intervento può essere eseguito per via transepatica fissando in un primo tempo il fegato al peritoneo e in un secondo tempo aprendo con il cauterio la cistifellea. Descrizione di un caso clinico.

SCALONE I. (Milano). — *Dilatazioni del coledoco senza ostacoli meccanici e loro cura.* — L'O. dopo avere riportata la percentuale nella quale si può riscontrare l'affezione sudetta delle vie biliari ed accennata la sintomatologia, riferisce il trattamento usato fermandosi sui casi operati di cole-

docotomia bassa e drenaggio con tubo a T di Kehr del quale la branca inferiore arrivi fino all'ampolla, particolarità questa alla quale si debbono attribuire i benefizii ricevuti nei casi operati.

GAMBERINI C. (Bologna). — *Sulla derivazione biliare interna. Contributo clinico.*

VALDONI P. (Roma). — *Indicazioni e risultati della coledocoduodenostomia.* — Pone l'indicazione a questo intervento nei casi di calcolosi multiple del coledoco specie quando coesiste una infezione delle vie biliari, nei casi in cui esiste della sabbia biliare, nei casi di stenosi intrinseca ed estrinseca del coledoco, nella pancreatite cronica, nelle angiocoliti. Illustra la tecnica seguìta e una modificazione personale ai metodi più comuni. Riferisce di 14 casi così operati di cui 13 con successo.

POTOTSCHNIG (Vicenza). — *Il drenaggio interno delle vie biliari. (Indicazioni e risultati).* — Il drenaggio esterno alla Kehr va considerato soltanto come un metodo di ripiego (4 casi: 4 guarigioni). Considerazioni di ordine biologico parlano assolutamente in favore del drenaggio interno delle vie biliari.

Nella semplice calcolosi del coledoco conviene in via di massima ricorrere alla coledocotomia sopraduodenale, con dilatazione della papilla e sutura completa del dotto (41 casi: 3 morti = 7 %).

La coledocotomia transduodenale è indicata solo eccezionalmente e cioè nel caso di calcolo unico incuneato, inamovibile (1 caso: guarito).

In tutti i casi più complessi va data la preferenza alla coledoco-duodenostomia sopraduodenale, metodo veramente classico e particolarmente adatto per un drenaggio sicuro e permanente. Varie possono esserne le indicazioni: calcolosi multipla con sabbia biliare (2 casi: 1 morto); calcolosi multipla con colangite purulenta (2 casi: guariti); stenosi cicatriziale del coledoco e pancreatite indurativa (2 casi: guariti); lesione accidentale del dotto (1 caso: guarito); iperplasia flogistica delle ghiandole dell'ilo epatico dopo colecistectomia (1 caso: guarito); stenosi estrinseca del coledoco da colelitiasi (1 caso: guarito).

La coledocoduodenostomia sopraduodenale rappresenta altresì l'operazione di scelta nelle dilatazioni congenite del coledoco (1 caso: guarito) e può esser pure indicata nella tubercolosi delle ghiandole dell'ilo epatico (1 caso: guarito).

Vanno sconsigliate la resezione circolare del dotto e la sutura diretta del dotto accidentalmente reciso, metodi di esito troppo aleatorio (3 casi: 2 morti). È dubbio se le epato-colangiti beneficano realmente da un drenaggio esterno delle vie biliari.

La colecisto-enterostomia trova indicazioni precise nelle stenosi estrinseche del coledoco da processi tubercolari o neoplastici (3 casi: 1 morto).

CALABRESE D. (Bologna). — *Sul drenaggio delle vie biliari.* — Ha usato con ottimi risultati il drenaggio incruento con la sonda duodenale di cui così si possono elencare le possibilità terapeutiche:

1) espulsione di piccoli calcoli (microliti);

2) attenuazione dell'infezione intra- ed extraepatica delle vie biliari;

3) cessazione dei disturbi consecutivi alla colecistectomia;

4) scomparsa di alcune sindromi complesse nervose senza lesioni organiche con tracce di urobilinuria e fegato ingrossato.

Alla colecistostomia preferisce la colecistectomia con drenaggio del cistico. Il drenaggio dell'epatico con tubo semplice o con tubo di Kehr gli ha dato buoni risultati, così la colecisto-gastrostomia che ha usato più spesso quale metodo di derivazione interna della bile.

BIANCHERI A. (Modena). — *Alcuni casi di drenaggio delle vie biliari e di derivazione della bile.* — Diciassette casi di colecistite calcolosa con empiema, drenati all'esterno, con 17 successi da 11 anni a 16 mesi. L'interesse di novità è rappresentato dalla tecnica del drenaggio, che non si ottiene marsupializzando la vescichetta biliare, ma introducendo in essa una Malécot e proteggendola con una striscia di garza: l'una e l'altra asportate entro la 7ª giornata. I vantaggi di un tale procedimento, assieme ad altri particolari di tecnica, consistono nella chiusura rapida della colecisti che rimane libera nella cavità come si è avuto occasione di constatare nell'unico caso di recidiva e nel nessun sventramento. In tre casi di drenaggio del cistico dopo colecistectomia, si ebbero invece 2 morti e una fistola che data da 4 mesi. In un caso di cisti del coledoco, marsupializzato, si ebbe nel corso del decimo mese un esito infausto per emorragia infrenabile in corso di mestruazione anche dalla fistola.

In sei casi di derivazione interna si ottennero 3 morti rispettivamente al 1° giorno, al 2° mese e al 3° mese e mezzo (trattavasi di operazioni palliative in casi di cancro del pancreas): 3 sopravvissuti da 9 anni e da 5 anni per pancreatite fibrosa cronica, e 1 da 7 mesi per calcolosi del coledoco in soggetto molto grave. La tecnica consiste in una colecisto-digiunostomia transmesocolica portando e fissando il fondo della colecisti al disotto del mesocolon senza bisogno di entero-enteroanastomosi o di esclusione di anse.

PUGLISI-ALLEGRA (Messina). — *Coliche da colecistostasi e loro trattamento.* — Nelle angiocoliti, preferisce il drenaggio esterno perchè tutte le sostanze tossiche ed i germi contenuti nella bile vengono veramente eliminati, perchè s'interrompe completamente il circolo entero-epatico che consente nel drenaggio interno il riassorbimento dei prodotti dannosi. Dà la preferenza alla colecistostomia.

SBROZZI M. (Fano). — *Protesi epatico-duodenale per mezzo di un tubo di gomma.* — In un caso di obliterazione cicatriziale del coledoco dopo coledocistectomia introdusse una Nélaton nell'epatico per 6-7 cm. e il capo distale per altrettanto nel duodeno fissato da aderenze in modo che il tratto intermedio del tubo era libero nel cavo peritoneale. La ferita guarì rapidamente, l'ittero scomparve e la malata è tutt'ora in perfette condizioni di salute. Illustra dettagliatamente questo processo di protesi del coledoco applicato per la prima volta nell'uomo e che pone problemi importanti come p. es. la permanenza del tubo, la possibile sua eliminazione, la sorte del neocoledoco.

(Continua).

P. VALDONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

L'infiltrato di Assmann parailare e basilare.

V. Baroni (*Riv. di Patol. e Clin. della tub.*, 31 luglio 1933) descrive tre casi di infiltrato di Assmann a sede non comune e precisamente uno basale e due parailari.

La sede diversa dalla classica sede sottoclaveare non modifica l'evoluzione clinica, mentre la sintomatologia ne è attenuata specialmente per la mancanza della tosse e dei dolori. I fenomeni perifocali, che spesso lo accompagnano, facilitano la diagnosi, che è sicura solo per i dati radiologici.

Le teorie che cercano di spiegare la genesi dell'infiltrato di Assmann sono cinque: l'aerogena, la linfogena, l'ematogena, l'apicale e quella locale da esacerbazione di vecchi focolai. Però nessuna di queste teorie soddisfa pienamente, per cui si può affermare (Micheli, Gamna, Ronzoni) che l'infiltrato di Assmann può avere vari meccanismi di formazione.

Invece per quanto riguarda il processo anatomico l'accordo è quasi unanime: si tratta di un processo essudativo pneumonico, talora confluente, con tendenza alla formazione di caverne.

Per spiegare la localizzazione circoscritta del processo alla regione sottoclavicolare si è parlato di ipersensibilità regionale del tessuto polmonare secondo alcuni, mentre secondo altri bisogna ammettere una causa meccanica.

Secondo Ronzoni la sede parailare e basilare trova la sua spiegazione in antichi focolai primari che si riaccendono.

L'infiltrato di Assmann può rapidameste condurre a caverne, come pure può guarire scomparendo in circa un anno. Molti sostengono l'influenza benefica del pneumotorace artificiale e fra questi Margreth, Nannini, Ronzoni. Più precoce è l'intervento, migliori saranno i risultati. R. LUSENA.

Polmone policistico.

H. G. Wood e Ro. Garvin (*Proceedings of the Staff. Meetings of the Mayo Clinic*, 22 marzo 1933) ne riferiscono un caso. Si trattava di un uomo di 26 anni, con dispnea da 6 anni, ma con sintomi imponenti da due anni soli. Lavorava come operatore cinematografico e per questo sul principio gli fu fatta diagnosi di pneumoconiosi da particelle di carbone proiettate dalla macchina cinematografica.

La malattia si manifestò con dispnea, che fu progrediente, con attacchi acuti ogni tanto. La dispnea non era accompagnata nè da cianosi, nè da tachicardia, nè da palpitazioni, nè da edemi. La diagnosi di polmone policistico fu fatta radiologicamente. Non fu fatta la broncografia con lipiodol per le condizioni poco buone del paziente

Nella Clinica Mayo furono osservati altri 4 casi di polmone policistico, e anche su questi casi si riferiscono gli AA. R. LUSENA.

A proposito della diagnosi delle pleuriti mediastiniche.

E. Chabrot. Y. Cottel (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp.*, 20 marzo 1933) riferiscono un caso di pleurite mediastinica, in cui la diagnosi fu potuta fare in base a radiografie dimostranti un'ombra triangolare sul bordo destro del cuore, mentre l'assenza completa di dilatazioni bronchiali, dopo l'iniezione intratracheale di lipiodol faceva escludere la bronchiectasia.

Il caso aveva presentato un inizio insolito: un uomo di quarantun anni accusa un vivo dolore all'ipocondrio destro, con brivido leggero, poi febbre, lieve dispnea: e si riscontra una contrattura localizzata in una zona laterale fra l'appendice xifoide e il punto di Mac Burney.

Dopo circa venti giorni si ha vomica la quale diminuisce e scompare dopo circa venti giorni, poco dopo l'iniezione intratracheale di lipiodol. mentre la temperatura pure ritorna normale.

Nella discussione interviene A. Delille il quale avrebbe avuto dei miglioramenti dopo iniezioni intratracheali di lipiodol in bambini a scopo diagnostico, mentre invece Apert ha trattato le dilatazioni bronchiali del bambino, in circa 40 casi con iniezioni di 5,0 10 cc. di lipiodol nella regione glutea, ogni quindici giorni circa ottenendo dei buonissimi risultati. senza aver mai avuto inconvenienti di sorta. ANNA DE ORCHI.

TERAPIA.

I sali di boro nell' epilessia.

Secondo quanto riferisce T. Bovet (rif. in *Med. Welt*, 9 sett. 1933) su 73 epilettici gravi trattati con i sali di boro, 11 reagirono bene, 13 abbastanza bene e 3 con miglioramenti transitori. Il preparato più conveniente è il borotartrato di sodio, ma dà buoni risultati anche quello di potassio, entrambi somministrati a dosi di 6 a 10 grammi al giorno. Non sono consigliabili il borace o l'acido borico perchè meno sicuri e più tossici.

Con questo trattamento, si può combinare anche quello col bromo o col luminal. I pazienti che vi reagiscono meglio sono quelli schizoidi e con costituzione astenica.

L'azione si è manifestata in alcuni casi già dopo 1-2 settimane, in altri soltanto dopo 2 mesi. Eccezionalmente (nel 4 % dei casi) comparvero in corso di trattamento: esantemi pruriginosi e desquamativi, stati di confusione, poliuria, disturbi digestivi, caduta dei capelli.

Anche per la possibilità di tali complicazioni, il trattamento va eseguito soltanto con controllo medico. *fil.*

Tentativi di trattamento della paralisi generale con il vaccino antirabbico.

L. Cruveilhier, A. Sézary e A. Barbé (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 marzo 1933), avendo esperimentato il trattamento con vaccino antirabbico su sei casi di paralisi generale, non hanno ottenuto alcun risultato positivo, contrariamente alle conclusioni del Tommasi che ha eseguito delle ricerche analoghe. Gli AA. ritengono che i buoni risultati ottenuti dal Tommasi siano da attribuire alla cura antiluetica con stovarsolo sodico da questo A. praticata dopo la cura vaccinica.

C. TOSCANO.

Cura della nevralgia facciale.

Secondo Alajouanine e R. Thurel (*Journ. Médic. Français* riportato in *Journal des Praticiens*, 19 agosto 1933) non c'è che una cura delle nevralgie facciali: la distruzione del nervo, o coll'alcoolizzazione o colla neurotomia retrogasseriana.

La pratica dell'alcoolizzazione richiede una lunga esperienza. La puntura del nervo provoca vivissimo dolore.

Può essere utile l'alcoolizzazione delle sole branche del trigemino.

Il n. mascellare superiore si può raggiungere nella fossa pterigomascellare per varie vie: l'orbitaria, sottomalare, sottozigomatica, palatina.

Il n. mascellare inferiore si può raggiungere al foro ovale per la via sottozigomatica che è anche quella che si segue per raggiungere attraverso il foro ovale il ganglio di Gasser.

L'alcoolizzazione del ganglio di Gasser può dare complicazioni: cheratite neuroparalitica, lesione di altri nervi vicini (paralisi oculari, sindrome di Bernard Horner, disturbi uditivi, vestibolari, paralisi facciale periferica).

I risultati dell'alcoolizzazione non sono definitivi e durano da 18 mesi a 2 anni mentre la *neurotomia retrogasseriana* è una cura ad esito definitivo.

R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Ancora sull'eziologia della stomatite aftosa.

L. Kumer (*Wien. Klin. Woch.*, 9 giugno 1933), che già l'anno scorso aveva messo in evidenza, sulla base di osservazioni sugli animali, come molti casi della cosidetta « stomatite aftosa » altro non fossero se non casi atipici di erpete semplice della mucosa orale, ritorna ora sull'argomento riportando le osservazioni fatte su dodici casi di tale malattia, in cui egli ha praticato l'inoculazione su animali.

Mentre il comune erpete della mucosa orale si manifesta con piccole efflorescenze raggruppate, indolenti, nella stomatite aftosa tali efflorescenze sono molto più grosse, manca l'aggruppamento e le lesioni si estendono ad una gran parte della mucosa orale: l'affezione si accompagna spesso a gengivite diffusa, a piorrea alveolare, a tumefazioni ghiandolari e a manifestazioni generali febbrili. I risultati degli esperimenti fatti dall'A. non lasciano alcun dubbio sulla inoculabilità del virus della stomatite aftosa nei cagnolini. Infatti in tutti i casi che presentavano il quadro clinico della stomatite aftosa, l'inoculazione nei cagnolini è riuscita positiva, dando luogo sempre alla cheratocongiuntivite e alla tipica ulcera dopo inoculazione gengivale, meno frequentemente producendo encefalite e nelle cavie la tipica ulcera trofica di Freud-Heymann.

Tali risultati permettono di concludere che nei casi di stomatite aftosa è sempre presente nella mucosa orale il virus dell'herpes: che tale presenza è in relazione causale con la malattia in atto, mancando tale virus nella mucosa sana o sede di altra malattia.

G. LA CAVA.

VARIA

Aborto criminoso in Olanda.

Un articolo di J. Valktuff in « Mensch an Maatschappij (v. 8, n. 1) rileva il forte incremento degli aborti provocati, determinatosi in Olanda l'A. l'ascrive alla crisi economica; egli computa il numero degli aborti accertabili a 14.600 incirca l'anno, dei quali 500 ad Amsterdam, altrettanti a Rotterdam; ma crede che la stima sia bassa. Nella città essi sono più frequenti che nelle campagne. Per lo più vengono provocati senza intervento di sanitario. (Dal *Journal A. M. A.*, 30 sett. 1933).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. CARBOGNIN. *Azione di alcuni prodotti sul metabolismo cellulare sui capillari sanguigni.* — Tip. Bona, Torino, 1933.

L. SCABIA. *La terapia del lavoro nello spedale psichiatrico di Volterra al quale è annessa una sezione di manicomio giudiziario.* — Tip. Mantellate, Roma, 1933.

S. LEONE. *Profilassi del tracoma e visiva.* — Tip. Randazzo, Siracusa, 1933.

V. RUATA. *L'importanza delle infezioni secondarie nel tracoma e loro cura con terapia vaccinica.* — Tip. Failli, Roma, 1933.

C. SACCO. *L'ernia infortunio e l'anello inguinale esterno.* — Torino, 1933.

A. BETTÒLO e E. FRANCESCHI. *La leucocitometria nella tbc. polmonare.* — Stab. Lischi, Pisa, 1933.

M. BATTAGLIA. *Cura della tbc. muscolare ematogena col vaccino selezionato e stabilizzato.* — Tip. Manunzio, Roma, 1933.

T. BACCARINI. *Sull'associazione terapeutica canfora-calcio.* — Tip. Campi, Foligno, 1933.

L. DE LISI. *Concetti attuali di fisiopatologia del sistema extrapiramidale.* — Tip. Giannini, Napoli, 1933.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

96° *Dottor R. B.* (F.). — Non è stabilito da norme generali il termine per la presentazione dei titoli. Provvede discrezionalmente l'autorità amministrativa. L'avviso del concorso deve essere pubblicato nella sede dell'Ordine, del Sindacato, della Prefettura e pubblicato almeno in alcuni giornali professionali. Deve essere comunicato all'Opera Nazionale Invalidi di Guerra. Il procedimento per la pubblicità è regolato dal Podestà; ma il Prefetto, che esercita poteri di vigilanza, ha facoltà di disciplinare quest'attività e, occorrendo, può annullare l'avviso del concorso se risultino insufficienti le pubblicazioni.

97° *Dottor G. M.* (T. s. C.). — Se il capitolato o il regolamento locale non stabilisca un trattamento più favorevole, il medico condotto, ammalato per infermità dipendente da causa di servizio ha diritto al congedo massimo di un anno. Poichè durante il congedo, per espressa disposizione dell'art. 29 del regolamento 1906, n. 446 non possono essere imposti al sanitario oneri o aggravi nè diminuzione dello stipendio, è da ritenere che il trattamento economico rimanga invariato.

98° *Dottor M. F.* (F. P.). — Qualunque interessato può denunziare alla Commissione e all'Amministrazione competente la falsità o la inesattezza del certificato esibito da un concorrente e può produrre attestati che valgano a dimostrare la realtà.

99° *Dottor A. P.* (C.). — È da ritenere che la vigilanza e la ispezione del pesce spetti all'Ufficiale sanitario. Non è dovuto compenso perchè la funzione è esercitata nell'interesse pubblico. Ma se sono richieste speciali prestazioni nell'interesse privato (visite in determinati luoghi) è legittimo un compenso.

100° *Dottor E. R.* (R.). — Se il regolamento degli Ospedali attribuisce all'amministrazione facoltà di scelta, non è necessaria la nomina del primo graduato. In tal caso, però, è sindacabile l'esercizio del potere discrezionale, se risulti una motivazione illegittima. Tale sarebbe, per esempio, la valutazione della capacità, in contrasto col giudizio della Commissione.

Se, invece, il regolamento non prevede la facoltà di scelta, è da ritenere che sia vincitore del concorso il primo graduato e soltanto per motivi giustificati e provati, estranei all'apprezzamento e al giudizio della Commissione, possa essere negata la nomina.

101° *Dottor U. F.* (L.). — È dispensato dai limiti di età per effetto della disposizione dell'art. 28 del R. D. 1906, n. 446, il sanitario che abbia prestato o presti servizio di medico condotto per ufficio di titolare.

102° *Dottor G. D. M.* (V. D.). — La indennità per caroviveri sarebbe dovuta se fosse prevista e stabilita nel capitolato o nel regolamento locale.

103° *Dottor G. L.* (M.). — Il servizio interinale è utile, per disposizione di legge, agli effetti del periodo di prova. Ma non si può ritenere senz'altro che sia efficace al fine degli aumenti periodici. Si tratta di situazioni diverse e la disposizione che, eccezionalmente, considera valido il servizio interinale come periodo di prova, ha uno scopo specifico e non ha efficacia generale. Normalmente il periodo utile per gli aumenti periodici decorre dalla data della nomina in base a concorso, salvo che disposizioni del regolamento locale o dell'atto di nomina dichiarino efficace il servizio comunque prestato. Bisogna, quindi, esaminare le norme che regolano gli aumenti periodici, le quali non risultano dalla legge ma sono stabilite dal capitolato o dal regolamento locale.

104° *Dottor A. P.* (B.). — La giurisprudenza ha ritenuto che il certificato di iscrizione all'Ordine dei medici non debba essere di data anteriore all'anno nel quale si procede al concorso. Però sono efficaci titoli equipollenti se ne risulti implicitamente ma necessariamente la iscrizione nell'albo.

105° *Dottor V. B.* (M.). — Per disposizione dell'art. 27 del regolamento 1906, n. 446, il medico condotto ha diritto al congedo annuale di un mese e ad un congedo per malattia. Non è prevista l'aspettativa per motivi di famiglia. Questa però può essere stabilita nel regolamento locale.

106° *Dott. A. L. G.* (I.). — Se, come è da ritenere, la Commissione non ha considerato il titolo di benemerenza militare, la graduatoria a parità di merito *ex equo* deve essere modificata per effetto del titolo di preferenza. La Croce al merito di guerra ha efficacia prevalente a quella del servizio prestato presso pubbliche amministrazioni. Quindi, a rigore, il Podestà deve modificare l'ordine della graduatoria e attribuire un posto prevalente al concorrente che ha titolo di preferenza. Precisata così la graduatoria, il Podestà può nominare il secondo graduato, motivando la scelta. Se il Prefetto non approvasse la deliberazione, l'interessato potrebbe ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro il provvedimento negativo del Prefetto.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI

AMANTEA (*Cosenza*). — Scad. 30 nov.; 2ª condotta e dispensario antimalarico; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; età lim. 45 a.

BARONISSI. — Vedi SALERNO.

BELLAGIO (*Como*). — Al 15 nov., ore 17; L. 9000 e addizionale di L. 5 oltre i 400 pov., L. 2000-3500 motocicl. o automobile, L. 500 se ambulatorio in casa del medico, L. 1100 se uff. san.; età lim. 40 a.; doc. a 6 mesi dal 14 ott.; servizio entro 15 giorni.

BESOZZO (*Varese*). — Scad. 30 nov.; L. 8000 e aggiunta di famiglia; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 7 ott.

BIELLA (*Vercelli*). *Ospedale degli Infermi.* — Posto di Primario Direttore della Sezione di Radiologia e Fisio-Terapia. Scadenza 15 dic. 1933-XII. Per informazioni rivolgersi alla Direzione dell'Ospedale suddetto.

CALTANISSETTA. *Comune.* — Scad. 10 nov.; due medici condotti ed un medico necroscopo e supplente; L. 8000 oltre L. 572 serv. att.

CAMPANA (*Cosenza*). — Scad. 20 nov.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., L. 1000 per gl'inscritti oltre il migliaio; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50,10.

CAPURSO (*Bari*). — Scad. 27 nov.; con Cellamare; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 c.-v., L. 1800 cav., non soggetti a ritenuta 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CASTEL S. GIORGIO. — Vedi SALERNO.

CATANZARO. *R. Prefettura.* — Posti di Ufficiali Sanitari Comunali di Belvedere Spinello, Dinami, Feroleto Antico, Francavilla Angitola, Ionadi, Melissa, Mesuraca, Nicotera, Petilia Policastro, Pizzo, Polia, Savelli, Sersale.

Stipendi da L. 4000 a L. 6000. Scadenza 30 novembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla R. Prefettura (Divisione Sanità), Catanzaro.

CHIARANO (*Treviso*). — Scad. 31 dic.; L. 8000 e quadrienni dec.; addizion. L. 5 oltre il 25 % della popolaz.; per uff. san. L. 600; riduz. 12 %; trasp. L. 800 a L. 4000 secondo il mezzo; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CODIGORO (*Ferrara*). — Scad. 10 nov.; 1ª condotta e direz. Ospedale Vitt. Em. III; L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 2200 serv. att., c.-v.; riduz. 12 %; compartecipaz. proventi Ospedale dalla Congregaz. di Carità; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; voti esami speciali.

COMO. *R. Prefettura.* — Proroga 15 dic. del concorso per uff. san. del Comune di Cantù.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Scad. 30 nov., ore 17; due aiuti medici; titoli ed esami; età lim. 35 a.; lire 7050 da decurtarsi del 12 %, c.-v. e altre indennità regolamentari; doc. a 3 mesi dal 20 ott.; tassa L. 50. Per le altre condizioni chiedere avviso.

IMOLA (*Bologna*). *Manicomio di S. Maria della Scaletta (Osservanza).* — Scad. 30 dic.; medico; L. 13.500 oltre L. 3000 serv. att., c.-v., L. 2000 indenn. abitaz. se ammogliato, vitto nei giorni di guardia.

LIVORNO. *Comune.* — Scad. 14 nov.; 2 medici condotti aggregati; età lim. 35 a.; L. 11.000 elevabili a L. 15.000 mercè 5 aumenti quinquennali, oltre L. 2000 serv. att., c.-v.

MESSINA. *Comune.* — Scad. 15 nov.; medico capo Sezione dell'Ufficio municipale d'igiene; L. 13.700 elevabili a L. 16.000 per effetto di 4 quadrienni, oltre L. 3300 serv. att., c.-v., ritenute di legge; età lim. 30 a.; tassa L. 50,20.

MOTTA D'AFFERMO (*Messina*). — Scad. 31 dic.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san.

OLEVANO SUL TUSCIANO. — Vedi SALERNO.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Scad. 20 nov.; assistente effettivo di medicina; L. 5500 decurtate del 12 %; 2 bienni dec.; medaglie di L. 30; ecc. Età lim. 33 a. Tassa L. 50,10.

PESARO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare di Pesaro-Urbino.* — Per titoli ed esami. Posto di direttore Sanitario del Consorzio direttore del Dispensario Antitubercolare. Stipendio annuo L. 20.000 oltre ad un supplemento di servizio attivo di L. 2000 annue al lordo delle ritenute di legge; più le indennità di trasferta e di missione nella misura stabilita per i funzionari dello Stato. Per tutti gli altri chiarimenti vedere nel N. 44.

REGGIO EMILIA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 20 dic., ore 18; aiuto medico del dispensario provinc. di Reggio Emilia; L. 12.000 oltre L. 2000 serv.; riduz. 12 %; non aumenti nè c.-v.; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 20 ott.; tassa L. 50,10; titoli ed esami. Chied. annunzio. È vacante anche il posto di assistente sanitaria visitatrice.

RONCOFERRATO (*Mantova*). — Scad. 31 dic.; pel capoluogo; L. 9500 e 5 quadrienni dec., oltre c.-v., L. 500 ambulat., L. 2020-1800-800 trasp.; riduz 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

SACCO. — Vedi SALERNO.

SALERNO. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posti di Ufficiale Sanitario nei Comuni qui sotto elencati. Stipedio, oltre quattro aumenti quadriennali del decimo, come segue: Baronissi L. 4000; S. Valentino e Torio L. 3000; Sacco L. 5000; Castel S. Giorgio L. 4000; Olevano sul Tusciano L. 3000. Età non superiore anni 45 salvo eccezioni di legge. Domanda, documenti di rito. Termine utile ore 12 del 30 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi Ufficio Sanitario Provinciale di Salerno.

SAN VALENTINO e TORIO. — Vedi SALERNO.

SPIGNO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 15 nov.; 2ª cond.; L. 7040 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 trasp.

TORITTO (*Bari*). — Scad. 22 nov.; titoli ed esami; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; ritenute di legge; età lim. 40 a.

TORRE ANNUNZIATA (*Napoli*). — Per titoli, posto di medico condotto per le Sezioni di Boscotrecase e Trecase. Stipendio annuo L. 9500 ed indennità

di cavalcatura L. 1500 annue, soggetti alle trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. Periodo di prova anni due. Limite massimo di età anni 40, s. e. l. L'istanza in carta bollata da L. 3, corredata dei documenti di rito (laurea, certificato di iscrizione al P. N. F., certificato di iscrizione nell'Albo Provinciale dei Medici, ecc.), dovrà pervenire alla Segreteria Comunale di Torre Annunziata non oltre le ore dodici del giorno 31 gennaio 1934-XII. La condotta importa l'obbligo della residenza che dovrà essere raggiunta entro quindici giorni dalla data di partecipazione di nomina, sotto pena di decadenza. Chiarimenti presso la predetta Segreteria Comunale.

TORRE DE' BUSI (*Bergamo*). — Consorzio medico-chirurgico Torre de' Busi-Monte Marenzo. Per titoli. Stipendio annuo L. 10.000. Indennità mezzi di trasporto L. 2500. Lire 2 e rispettivamente Lire 5 per ogni inscritto nell'elenco dei poveri. Caro-viveri di legge. Il tutto soggetto alla riduzione del 12 % come da Decreto 20 novembre 1930, n. 1491. Aumenti del decimo ogni cinque anni e per cinque volte. Documenti di rito. Scadenza 31 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale di Torre de' Busi.

UDINE. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Due posti di Assistente presso il Laboratorio Provinciale di Igiene e di Profilassi. Uno per la Sezione Medico-Micrografica e l'altro per la Sezione Chimica. Stipendio L. 11.000; indennità serv. att. L. 2500; più il 10 % sui proventi di laboratorio; N. 6 aumenti periodici del decimo. Riduzione del 12 %. Divieto dell'esercizio professionale privato. Tassa di concorso L. 50. Scadenza ore diciotto del 7 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Udine.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti*. — Proroga al 9 dic., ore 17, del concorso ai posti di medico chirurgo assistente straordinario. Rivolgersi al Protocollo.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. dott. Ezio Polacco è nominato chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Bolzano. (Il giudicato della Commissione era stato oggetto d'un ricorso da parte di un collega, per il fatto che la Commissione stessa aveva valutato, nel primo giudizio — col quale era già stato giudicato primo nella terna — più gli esami che i titoli, mentre il bando del concorso diceva « per titoli ed eventualmente esami ». Il « Policlinico » ebbe già a riportare la sentenza del Consiglio di Stato).

Il prof. Hermann Hoffmann, medico capo (aiuto) alla Clinica neurologica di Tubinga, è nominato ordinario di psichiatria e neurologia e direttore della Clinica omonima a Giessen, quale successore di R. Sommer.

Il prof. Albert Fischer, medico capo (aiuto) alla Clinica chirurgica di Francoforte sul Meno, è nominato ordinario di chirurgia e direttore della Clinica omonima a Giessen, quale successore di Poppert.

Il prof. Miguel Couto è rieletto presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina del Brasile.

Il dott. Stuard Pritchard è nominato presidente dell'Associazione Nazionale contro la Tubercolosi, degli Stati Uniti.

Il dott. Manuel Gea González è nominato presidente onorario della Società Messicana di tisiologia; il dott. José Monroy Velasco presidente effettivo.

Il dott. R. Pazos Varela è nominato presidente onorario della Società di urologia di Lima; il dott. Marcos Nicolini ne è nominato presidente effettivo.

Il direttorio della Società Cilena di Tisiologia è stato così costituito: dottori H. Orrego Palma, Sótero del Rio, A. A. Vial, M. Sánchez del Pozo, G. Corbalán Trumbull; segretario il dott. S. Calderón Paul.

Il Re Fuad è nominato membro d'onore della Facoltà di Medicina di Berlino.

Corrigenda. — Nel fasc. 42, p. 1674, 2ª col., linea sest'ultima, leggere: i proff. Bonfiglio e Challiol.

NOTIZIE DIVERSE.

Organizzazione e funzionamento del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica un Regio decreto relativo all'organizzazione ed al funzionamento del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Con il primo articolo si determina che il Consiglio Nazionale delle Ricerche è il supremo Consiglio tecnico dello Stato. Esso si divide in cinque sezioni per lo svolgimento della sua attività. Le prime tre sezioni dirigono e riassumono l'attività dei Comitati nazionali ed esercitano la consulenza scientifico-tecnica. La quarta sezione esercita la consulenza legislativa in materia scientifico-tecnica. La quinta sezione esercita la vigilanza ausiliatrice sugli istituti, stabilimenti, laboratori scientifici dello Stato, e provvede alla attuazione del controllo sul prodotto nazionale.

La seconda disposizione del decreto stabilisce che le funzioni di presidente di sezione sono affidate con decreto Reale, su proposta del Capo del Governo, di concerto con il Ministro per l'Educazione Nazionale, al presidente ed ai vice presidenti del Consiglio nazionale. Le funzioni di membro del Direttorio sono gratuite. La composizione delle sezioni è disposta, ogni anno, con ordinanza del presidente del Consiglio nazionale.

1° Congresso internazionale di chirurgia riparatrice.

Si è tenuto a Parigi nei giorni 13 e 14 ottobre l'annunziato Congresso internazionale di chirurgia riparatrice, plastica ed estetica, sotto la presidenza d'onore del prof. I. L. Faure e la presidenza effettiva del prof. Dartigues.

Della presidenza d'onore, in rappresentanza dell'Italia ha fatto parte il nostro amico prof. Arturo Manna, il quale ha svolto una interessante comunicazione sulle operazioni plastiche del seno nei loro rapporti colla endocrinologia e la gravidanza ed un'altra sulla responsabilità del chirurgo nelle operazioni di chirurgia estetica.

Alla fine del congresso il prof. Manna ha pronunciato un applaudito discorso ricordando quanto la civiltà romana abbia influito su quella francese ed invitando i medici presenti a visitare l'Italia e Roma, città ora completamente trasformata e degna della sua antica gloria.

Ad unanimità fu stabilito che il prossimo Congresso internazionale abbia luogo a Roma.

Erano presenti vari medici italiani tra i quali i dottori Libera di Milano, Gallassi di Bologna, Biolato di Torino, Di Filippo e Barbera di Palermo, ecc.

Congresso medico di Algeri.

La « Fédération des sociétés médicales d'Algérie » si è adunata recentemente ad Algeri, per la terza volta dalla sua fondazione. Grazie all'adesione delle Società mediche della Tunisia, essa è divenuta ora la « Fédération des sociétés médicales algériennes et tunisiennes » e i congressi futuri si terranno alternativamente in Algeria ed in Tunisia. Si prevede l'adesione prossima delle Società mediche del Marocco francese.

Il Congresso ultimo, presieduto dal Tournade, fu specialmente destinato alla tubercolosi; vi furono presentate otto relazioni. Furono anche tenute conferenze varie.

La presidenza onoraria del prossimo congresso, indetto a Tunisi pel 1934, è stata affidata al prof. Nicolle.

Nuovo preventorio antitubercolare a Napoli.

Il Commissario straordinario di Napoli ha stabilito la cessione gratuita, al Consorzio Antitubercolare, degli edifici e dei suoli di proprietà del comune in contrada San Gennaro a Pozzuoli. I suoli hanno una superficie di undicimila metri quadrati e gli edifici esistenti furono dall'amministrazione militare adibiti, durante la guerra, a convalescenziario.

Il Consorzio Antitubercolare della provincia costruirà sui suoli ceduti dal Comune un grande e moderno preventorio antitubercolare.

Ospizio marino e educatorio rachitici al Lido di Venezia.

Meritevoli di essere ricordati sono i lavori eseguiti dalle Opere Pie Riunite Ospizio Marino Veneto ed Educatorio rachitici « Regina Margherita », al Lido di Venezia. Le opere comprendono: un padiglione Orfani di guerra, un padiglione per i dormitori del personale e per i depositi e la terebrazione di un pozzo artesiano.

Il padiglione Orfani di guerra, di circa metri cubi 17.000, è capace di 180 posti-letto.

Per la regolamentazione dell'esercizio medico in India.

È in corso di discussione un progetto di legge che ha lo scopo di stabilire un « Indian Medical Council », il quale dovrebbe assicurare un grado elevato ed uniforme ai diplomi medici rilasciati in India e, su questa base, attivare poi dei rapporti di reciprocità internazionali. Il progetto propone che alcuni titoli stranieri siano subito riconosciuti, ma per la durata di soli 4 anni; in seguito ogni diploma non coperto da accordi di reciprocità sarebbe giudicato insufficiente per esercitare in India. Il progetto tende a dirimere alcuni contrasti sorti tra l'Inghilterra e la sua Colonia in merito alla validità dei titoli indiani per l'esercizio professionale nel territorio metropolitano.

Il litigio fra gli Ospedali e la Facoltà medica di Strasburgo.

Abbiamo già dato notizia di questo litigio, sorto in seguito a forniture fatte dagli ospedali, che ne reclamavano il pagamento. Esso aveva avuto per conseguenza il taglio della corrente elettrica e dell'acqua potabile ad alcuni Istituti scientifici. La questione venne demandata al Ministero delle Finanze, da un lato, ed al Consiglio Generale del Basso Reno, dall'altro. Risultato: la Facoltà, e per essa il Ministero, corrisponderanno agli ospedali 800.000 franchi, più gl'interessi; questi sono stati ammessi fino al 1° novembre 1932, epoca in cui iniziò la vertenza. Ora il Consiglio Generale suddetto ha chiesto che siano corrisposti anche gl'interessi ulteriori e che lo Stato regoli i vecchi crediti, per l'importo di 5 milioni di franchi.

Medici eroici.

Il Governo della Norvegia ha assegnato una medaglia d'oro al dott. Sten Strömbom, della cittadina lappone di Dorotea, il quale, chiamato

d'urgenza in una piccola cascina lontana 9 Km., non esitò a recarvisi tra straordinari disagi, percorrendo la via in slitta ed a piedi. Trovò una donna quasi asfissiata da un tumore alla gola; in mancanza di altri mezzi, praticò una tracheotomia di fortuna, valendosi di un temperino e del tubo dello stetoscopio sterilizzati. La donna venne poi trasportata in barella a Oestermud, dove un aeroplano, ordinato dal medico, non era giunto, perchè disorientato dalla nebbia; non restò che proseguire per Dorotea; i portatori vennero incoraggiati con energia e impegno dalla donna. Ricoverata in ospedale, si praticò l'exeresi del tumore; ma dopo due settimane la paziente soccombeva, sovratutto a causa dello strapazzo subito. Il dott. Strömbom si è meravigliato dell'onorificenza decretatagli e ha dichiarato che, se mai, questa andava alla memoria della vittima, che aveva dato prova di coraggio indomito, tanto da infonderne a uomini gagliardi e sani.

Omicidio colposo.

Si è svolto a Basilea un processo contro cinque stranieri, di cui quattro sono medici diplomatisi da poco a Basilea ma che non possono esercitare in Svizzera, perchè stranieri; due prestano servizio volontario nell'Ospedale civile. Il quinto imputato è studente in filosofia.

Uno dei giovani medici s'indusse, per compassione verso una studentessa, a provocare in lei l'aborto, senza compenso; in seguito all'intervento, la giovane moriva. Il pubblico ministero accusava il medico d'imperizia e di omicidio per imprudenza; accusava un altro medico di complicità; gli altri tre imputati risultarono intermediari. Il principale imputato venne condannato a 6 mesi di prigione; il complice a 4 mesi; gli altri a pene variabili fra 10 giorni e 3 mesi, ma beneficiando della condizionale.

La chirurgia estetica in Cassazione.

La signora Stella Barbieri si era sottoposta ad un intervento chirurgico, eseguito da un valente operatore di Napoli, allo scopo di far scomparire una cicatrice che le deturpava il volto. La vecchia cicatrice venne, però, ad essere sostituita da un'altra, molto più grave e appariscente; onde un'azione giudiziaria dell'operata, che chiedeva la restituzione di 2000 lire corrisposte come onorario ed il risarcimento dei danni. Il Pretore di Napoli ed, in appello, il Tribunale, respinsero la domanda dell'attrice; seguì un ricorso in Cassazione, che lo ha respinto. La sentenza della Corte Suprema (Terza Sezione Civile) nota che il ramo chirurgico che si occupa a preferenza d'imperfezioni estetiche non può differire dalla chirurgia comune, per ciò che si attiene alla disciplina giuridica. Il professionista ha l'obbligo di porre al servizio del paziente tutte le risorse della scienza e risponde dell'insuccesso o peggio dell'aggravamento delle condizioni dell'infermo unicamente se dovuti a negligenza, imprudenza od imperizia.

Rischio professionale degli impiegati nei Sanatori.

La Sezione della Magistratura del Lavoro del Tribunale di Roma ha respinto una domanda avanzata dalla sig.na Angela Rolla, ventenne, avverso l'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale, per rifusione dei danni derivatile da un'infezione tubercolare contratta quale infermiera nel Sanatorio « Benito Mussolini » a Porta Furba; il dispositivo della sentenza considera trattarsi di rischio professionale liberamente affrontato. Ha accordato L. 1928,72, in parziale accoglimento di altre istanze, per indennità di licenziamento, ferie non godute, lavoro notturno ecc.

Commemorazione di Clémenceau.

L'« Umfia » o Unione Medica Latina l'11 novembre celebrerà alla Sorbona, sotto la presidenza di Lebrun, presidente della Repubblica, il postumo giubileo medico di Georges Clémenceau. Gl'introiti di una festa permetteranno la fondazione di una borsa di studio per uno studente in medicina alla Città Universitaria. Il dott. Villandre ha inciso una medaglia con l'effige dello scomparso; un contributo di fr. 100 darà diritto ad una riproduzione della medaglia, nonchè alla partecipazione alla serata di gala.

Il " giorno degli alienati " al Brasile.

Il 18 luglio 1833 l'imperatore del Brasile Dom Pedro II, su proposta del consigliere Clemente Pireira, firmava un decreto che istituiva l'« Ospizio » di Rio de Janeiro, il cui nome venne poi cambiato in « Ospedale Nazionale degli Alienati ». L'avvenimento è stato celebrato dalla Società Brasiliana di Neurologia, Psichiatria e Medicina Legale. Una commissione si è recata alla Direzione generale dell'assistenza agli psicopatici, per elogiare l'organizzazione di tale servizio e formulare l'augurio che possa raggiungere mète ancora più alte. Vennero coperte di fiori una statua di Clemente Pireira, nell'Ospedale dei Prati Vermigli, e la tomba del prof. Juliano Moreira.

Un po' dovunque.

Con ordinanza ministeriale vengono fissate le seguenti sedi di esami per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo: Bari, Cagliari, Milano, Modena, Napoli, Padova, Palermo, Roma, Siena e Torino.

Il Segretario Nazionale del Sindacato Medico Fascista, on. E .Morelli, ha diramato ai segretari e commissari dei Sindacati Provinciali Fascisti dei medici e ai medici una circolare per l'aggiornamento delle qualifiche professionali, pregando di provvedere non oltre la metà di novembre.

Dal 10 gennaio al 15 marzo si terrà nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma (piazza Viminale 7) un corso complementare d'igiene pratica; modalità consuete; tasse complessive L. 330. Chiedere l'annunzio.

La Società di Cultura annessa alla Scuola Medica Ospedaliera di Napoli tiene delle sedute in cui vengono esaminati, da oratori competenti, i problemi di maggiore attualità e di più vivo interesse nei varî campi della medicina.

La Lega Nazionale Svizzera contro il cancro terrà l'assemblea generale a Lucerna dal 24 al 26 novembre, sotto la presidenza del prof. dott. A. Rosselet. Tutti i medici sono cordialmente invitati.

La Società medico-chirurgica bellunese si è adunata il 6 settembre, sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai dottori:

prof. D. Maselli, prof. G. Pieri, G. Ferrari, G. Lise, O. Gottardi.

Si sono adunate la Sezione Pugliese e quella Campana della Federazione Italiana Antitubercolare, rispettivamente nei giorni 24 giugno e 14 luglio, sotto la presidenza rispettivamente dei proff. S. Ferrannini e R. Jemma, assistiti dai segretari L. Quaranta e V. De Bonis.

Si è costituita la Sezione Calabrese della Federazione Italiana contro la Tubercolosi; a presidente ed a delegato regionali temporanei sono stati designati l'attuale presidente e l'attuale delegato regionale della Sezione della Campania, proff. R. Jemma e V. De Bonis.

Si è tenuto a Milano l'annunziato convegno lombardo sull'igiene rurale ed ha assunto molto sviluppo. Venne stabilito d'indire per il prossimo anno un congresso nazionale.

I delegati delle Sezioni italiane dell'Associazione Volontari italiani del sangue si riunirono in secondo congresso a Milano il 22 ottobre, nell'aula dell'Accademia Medica Lombarda. Il prof. Lattes tenne una relazione sul tema « Scienza e tecnica nella trasfusione del sangue ».

Il 1° congresso di documentazione fotografica e cinematografica nelle scienze mediche e biologiche si è tenuto a Parigi, dal 5 al 7 ottobre, nei locali del Museo pedagogico dello Stato.

La 4ª sessione delle Giornate odontologiche argentine si è tenuta dal 9 al 14 ottobre, nei locali della « Asociación Odontológica Argentina » (Junín 959, Buenos Aires). Vi erano rappresentati varî enti degli Stati Uniti, dell'Uruguay e di alcuni centri dell'Argentina.

Il Collegio di Chirurgia dentaria di Chicago ha festeggiato il suo 50° anniversario; il prof. Piperno, rappresentante l'Italia e diplomato del Collegio nel 1908, ha avuto parte attiva nella cerimonia. Egli è anche intervenuto al Congresso dentistico del Centenario di Chicago; ivi ha presentato un lavoro e tenuto un discorso alla radio. È stato ospite della Società Americana degli Stomatologi a New York. Il prof. Piperno ha lumeggiato la legislazione fascista sulla stomatologia.

Il dott. Alberto Lutrario ha tenuto a Parigi il 23 ottobre, dalla tribuna delle « Voix Latines », una conferenza sulla redenzione del territorio romano mediante l'igiene e sulla scomparsa delle antiche Paludi Pontine. La conferenza era presieduta da S. E. Franzoni, rappresentante l'Italia; erano intervenute alte personalità.

Il prof. R. L. Kahn ha tenuto anche a Napoli, il 19 ottobre, una conferenza dimostrativa sulla reazione che porta il suo nome. I sieri, forniti dai Reparti Dermosifilopatici « Tommaso de Amicis » dell'Ospedale di S. Maria della Pace, erano stati saggiati più volte per la Wassermann; risultò il valore della Kahn. Da traduttore fece il prof. M. Fiorentino coadiuvato dal dott. R. Polestra.

Il dott. D. Mazzolani ha tenuto a Tripoli una conferenza sul tema: « La tubercolosi polmonare nel passato e nel presente ».

Il corrispondente romano del « Temps » descrive con ammirazione la città universitaria di Roma. « Con quest'opera, egli dice, il Fascismo vuole dotare Roma di un Faro la cui luce s'irradierà non soltanto su tutto il Mediterraneo, ma anche al di là delle Alpi ».

L'Università di Firenze ha progettato la fondazione di un Istituto internazionale di chirurgia plastica.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Catania ha appaltato, in occasione del 29° compleanno del Principe di Piemonte, i lavori per la costruzione della grandiosa « Casa del sole » al Lido, opera dedicata ai Principi di Piemonte.

A Cambridge è stato celebrato il centenario della Scuola medica Charing Cross; alla celebrazione hanno partecipato l'Ospedale Charing Cross e l'Università, sotto la presidenza del dott. G. H. Holmes e del clinico medico prof. O. Langdon Brown.

Un decreto del Governo polacco fa obbligo a tutti gli studenti in medicina di seguire per tre mesi i corsi dell'Istituto antigas, onde studiarvi gli effetti dell'avvelenamento da gas e gli antidoti; stabilisce che nessun medico potrà esercitare in Polonia se non si è fornito di un certificato del detto Istituto. Il timore di un largo impiego di gas tossici durante una possibile guerra ha motivato tale decisione.

Il ministro prussiano dell'Istruzione, Rust, ha stabilito che chiunque intenda conseguire la docenza universitaria deve trascorrere un periodo di tempo in un accampamento del servizio di lavoro e delle organizzazioni sportive, iscrivendosi ad una speciale Accademia. Ciò perchè i futuri professori universitari devono conoscere i bisogni del popolo e perchè nell'insegnamento non abbiano a disgiungere la pratica sociale della vita comune dalla scienza. Le stesse norme saranno applicate per la carriera diplomatica. Andranno in vigore col 1934.

Il Ministro prussiano dell'interno ha proibito gli armadi farmaceutici gestiti da medici; e ciò in considerazione del fatto che oggi i mezzi di comunicazione sono molto progrediti e rendono sempre possibile il rifornimento alla più prossima farmacia.

ATTILIO RAGIONIERI

medico naturalista (1856-1933).

Scrivo di lui non sotto la spinta dell'acerbo rimpianto e dell'affetto di collega, di amico e di congiunto, che ci legava ormai da quasi quaranta anni, ma perchè penso che certe figure di medici naturalisti ed umanisti meritino di essere ricordate e segnalate ai giovani per esempio ed incitamento. Attilio Ragionieri fu appunto uno di questi medici, che sembrano sorgere particolarmente in Toscana, espressione squisita della versabilità della stirpe e dell'influenza suggestiva della tradizione e dell'ambiente.

Veniva da una stirpe di floricultori sapienti seppure empirici. Diceva appunto pochi mesi fa, a chi ammirava a Gand le sue roselline di Firenze, affini ai ramuncoli, che i Ragionieri stavano da un secolo migliorandole. Aveva studiato medicina per necessità di più sollecita e sicura applicazione lucrativa, di cui la famiglia aveva bisogno, ma

fino da studente, nell'Istituto del Savi a Pisa aveva penetrato i misteri della biologia botanica. Non per questo aveva trascurati gli studi della medicina, chè anzi a Pisa nel corso universitario e poi a Firenze, come si diceva allora, nel biennio di pratica, era apparso a tutti i maestri uno degli scolari più promettenti.

Non appena laureato, l'esercizio professionale di una condotta suburbana, a Sesto Fiorentino, parve assorbirlo. Ma Attilio Ragionieri, che esercitava sapientemente con risorse naturali semeiologiche poderose e con un fine intuito di rapida sintesi diagnostica, e che vedeva estendersi la clientela dalla campagna alla città, dalle case degli umili ai palazzi delle più antiche famiglie fiorentine; Attilio Ragionieri, che seguiva perfezionandosi ogni giorno nell'arte sua, gli insegnamenti dei clinici dell'Istituto fiorentino e ne godeva la stima e l'amicizia, non dimenticava di essere fondamentalmente un naturalista.

Le leggi di Mendel, che egli aveva conosciuto quando l'opera del Monaco di Brunn era ignorata e disconosciuta; che aveva apprezzate e fatte sue forse anche sotto la inspirazione venutagli da qualche spunto profetico colto negli scritti e nelle « Bizzarrie » dei naturalisti fiorentini del cinquecento e del seicento, gli suggerirono applicazioni alla floricultura, che dovevano avere più luminosi successi e travalicare nel campo più generale della genetica. Egli passò le ore, che gli lasciavano libere l'esercizio della professione e lo studio, curvo sulle piante del suo bel giardino, disteso al sole sulla pendice di Castello, tentando ibridazioni, che lo condussero al ramuncolo doppio, alle fresie colorate conosciute e premiate a Nizza fino dal 1906, all'ibridismo tra la *Amaryllis bella donna* e la *Crinacea calu* Crividonna Corsi Salviati, al mughetto doppio e rosato ed a tante e tante altre varietà, che il mondo dei floricultori ammira e ricerca e che gli studiosi della genetica prendono come basi di nuovi principii e di accorte realizzazioni. Egli tentò la applicazione dei suoi studi sagaci anche alle frutta, ottenendo tra le altre la Toschina, una pesca squisita e sanguigna, ed ai grani. E se avesse disposto di estensioni di terreno notevoli e di mezzi adeguati, avrebbe colto anche in questo campo dei cereali vittorie sicure non solo pel risentimento scientifico ma anche per la economia generale della nazione.

Da qualche anno, allorchè raggiunse i 70 anni, Attilio Ragionieri non volle più esercitare la medicina. Si concentrò ancora di più nei suoi studi di genetica; si divagò colle letture dei classici latini, che conosceva profondamente, e con qualche traduzione dal latino che col rigore della fedeltà accoppiava la squisita e sobria eleganza dello scrittore toscano.

Uomo un po' scontroso e ruvido nell'aspetto esteriore, che nascondeva tesori di affettuosità grande, seppure contenuta, rimase quasi fuori della vita, e la piacevolezza della sua conversazione non fu goduta che dai parenti e da pochi intimi, come la sua opera di naturalista non fu conosciuta ed ammirata in tutta la sua estensione. Aveva piani di studi futuri promettentissimi e realizzazioni in marcia di studi passati; aveva scritti cominciati e non finiti; aveva tratto dai successi della esposizione di Gand, donde era venuto tanto risentimento anche tra biologi di tutto il mondo, quasi un rifiorire delle energie della giovinezza lontana. Ed era anche adesso sempre al lavoro.

In questi ultimi giorni aveva cercato gioia e riposo in una breve gita a Roma. Ne tornò colla visione luminosa del rifiorir della grandezza romana del passato che per lui, naturalista, aveva la stessa seducente attrattiva delle visioni del futuro; dopo poche ore, dacchè era rientrato a Castello, il dì 11 ottobre, passò dal sonno alla morte e si ricongiunse sereno con quella natura di cui indagò e colse sapiente i misteri.

15 ottobre del 1933 (XI).

Cesare Biondi,
professore nella R. Univ. di Siena.

Addolorati registriamo la perdita di Alberto Calmette e di Enrico Burci; ci riserviamo di dare prossimamente le biografie dei due illustri scomparsi.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XL Roma, 13 Novembre 1933 - XII Num. 46

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.

Direttore: prof. C. FRUGONI.

Rapporto tra azotemia e cloruremia nello studio sperimentale.

Dott. SERAFINO MANCA.

Questa breve nota è il complemento di un nostro lavoro (1), pubblicato nello scorso anno, riguardante tre casi clinici, col quale abbiamo richiamata l'attenzione sulla grande importanza che viene a rivestire lo studio dell'iperazotemia da carenza di sale, mettendo in rilievo come, indipendentemente da qualsiasi lesione renale, possa osservarsi il quadro clinico completo dell'uremia per semplice cloropenia e come il trattamento salino oltre che aver ragione dei sintomi uremici riporti in breve alla norma anche il tasso azotemico.

In considerazione di ciò abbiamo voluto controllare sperimentalmente il comportamento del tasso azotemico e di quello cloruremico nei cani, nei quali abbiamo proceduto alla sottrazione di forti quantità di cloruro di sodio, mediante la provocazione del vomito e di abbondanti e frequenti scariche alvine, servendoci all'uopo dell'apomorfina per iniezioni, di forti dosi di solfato di soda per clistere e qualche volta di piccole quantità di olio di croton per via orale; l'alimentazione è stata, bene inteso, di sostanze quasi completamente prive di sale.

E veniamo senz'altro alla riportazione dei risultati ottenuti:

Dosaggio	Azot. ‰	Cloruremia ‰	*Osservazioni*
I. - 1°	0,38	6,40	In condizioni normali.
2°	0,54	6,10	10° giorno dalla declorurazione.
3°	0,60	6 —	12° id. id.
4°	0,82	5,84	15° id. id.
5°	1,06	5,52	18° id. id.
6°	1,18	5,28	20° id. id.

(1) *Azotemia e cloropenia.* Policl., Sez. Prat., 1932.

Dosaggio	Azot. ‰	Cloruremia ‰	*Osservazioni*
7°	1,24	5,10	22° giorno dalla declor.
8°	1,46	4,94	25° id. id.
9°	1,20	4,88	4° giorno dal trattamento salino.
10°	0,80	5,20	6° id. id.
11°	0,46	6,40	10° id. id.
II. - 1°	0,36	6,80	In condizioni normali.
2°	0,48	6,40	5° giorno dalla declorurazione.
3°	0,58	6,10	7° id. id.
4°	0,74	5,60	9° id. id.
5°	0,98	5,46	10° id. id.
6°	1,12	5,34	12° id. id.
7°	1,24	5,18	14° id. id.
8°	1,44	5,02	16° id. id.
9°	1,54	4,76	20° id. id.
10°	1,30	5,10	3° giorno dal trattamento salino.
11°	0,80	5,90	5° id. id.
12°	0,52	5,80	7° id. id.
13°	0,40	6,10	8° id. id.
III. - 1°	0,42	6,30	In condizioni normali.
2°	0,44	6,30	3° giorno dalla declorurazione.
3°	0,56	6 —	6° id. id.
4°	0,76	5,72	8° id. id.
5°	0,82	5,40	10° id. id.
6°	1,12	5,16	12° id. id.
7°	1,34	5,10	15° id. id.
8°	1,10	4,98	3° giorno dal trattamento salino.
9°	0,80	5,24	6° id. id.
10°	0,48	6,10	8° id. id.

I risultati ottenuti, d'una evidenza palmare, ci dispensano da grandi commenti. Ci parlano essi infatti, con evidente chiarezza, di una progressiva, sebbene lenta, ascesa del tasso azotemico, a cui ha fatto riscontro, con netto parallelismo, una diminuzione dei cloruri del sangue.

Abbiamo quindi, diciamolo senz'altro, una patente conferma di quanto abbiamo messo in particolare rilievo nel nostro precedente lavoro: un'iperazotemia cioè da cloropenia.

Da considerare è però il fatto che l'aumento non è mai stato d'una imponenza tale quale abbiamo riscontrato nello studio clinico citato, ove si ebbe la maggiore elevatezza azotemica nel caso riguardante un paz. affetto da stenosi pilorica per ulcus e tormentato da abbondanti e ripetute crisi di vomito, in cui si innalzò sino a raggiungere la cifra di gr. 4,20‰. I valori più alti sperimentalmente li abbiamo invece riscontrati nel cane n. 2, con reperto azotemico massimo di gr. 1,54 ‰.

Forse prolungando maggiormente l'azione declorurante, sebbene, come risulta dalle tabelle, essa sia stata abbastanza lunga, le cifre riscontrate si sarebbero ancora innalzate; ma certamente l'aumento del tasso azotemico nell'uomo è stato, proporzionatamente al tempo e alla intensità, di molto superiore a quello ottenuto in via sperimentale.

Corrispondentemente al comportamento dell'azotemia, l'abbassamento della cloruremia non ha, di regola, raggiunto sperimentalmente valori così bassi quali abbiamo riscontrato nei casi clinici.

Su quali basi debbasi fare poggiare il fatto che sperimentalmente non siasi riusciti a ottenere cifre azotemiche molto alte e, rispettivamente, cifre cloruremiche molto basse, non è certamente possibile dirlo con assoluta certezza. Però noi pensiamo che nelle forme cliniche una non trascurabile influenza abbia in proposito la malattia fondamentale col facilitare e intensificare la disidratazione dell'organismo, apportando il grave stato cloropenico e, proporzionatamente, il forte innalzamento del tasso azotemico.

Quello che però nel nostro studio assume un alto e singolare valore, sia dottrinale che clinico, è la conferma, come abbiamo detto, dell'indubbia esistenza d'una iperazotemia da carenza di sale, a cui fa riscontro, in tutta la sua imponenza, il quadro uremico relativo.

Quando abbiamo sospeso l'azione declorurante e iniziato un trattamento salino, l'azotemia si è nuovamente abbassata sino a ritornare gradatamente ai valori normali, ai quali si è pure riportata, con graduale ascesa, la cloruremia.

Questa breve nota ci dà l'occasione di ribadire, con particolare insistenza, il concetto che un problema di così alta importanza clinica non può e non deve essere sconosciuto. È di data recentissima l'osservazione (riportata in

Presse Médic. del c. a.) di Schwaab e Walther riguardante una giovane donna affetta da vomiti gravidici che, in principio modici, si fecero progressivamente più intensi sì da ridurre la paziente in uno stato grave e preoccupante (subittero, albuminuria, dimagramento forte, polso piccolo ecc.). Nonostante l'assoluto isolamento e le cure più assidue lo stato generale dell'ammalata seguitava a declinare. In seguito all'esame del sangue fu trovata una forte iperazotemia e una notevole ipocloruremia. Fu iniziata senz'altro una cura riclorurante, in seguito alla quale l'inferma migliorò rapidamente. Sospesa la cura, al momento del parto, si ebbe una ricomparsa dei disturbi. La ripresa del trattamento salino portò la guarigione definitiva e tanto il tasso azotemico che cloruremico ritornarono normali.

RIASSUNTO E CONCLUSIONI.

L'A., che già si è occupato dell'argomento in un suo precedente lavoro, ha studiato sperimentalmente nei cani il comportamento del tasso azotemico e di quello cloruremico mediante disidratazione provocata col vomito e con abbondanti scariche alvine. Ha notato un aumento lento, ma progressivo dell'azotemia, cui ha corrisposto, proporzionatamente, un abbassamento della cloruremia. Viene alla conclusione che anche sperimentalmente è dimostrabile l'indubbia esistenza dell'iperazotemia da ipocloruremia e insiste sulla grande importanza che dal lato clinico viene a rivestire la conoscenza dell'argomento in parola (1).

(1) Per quanto riguarda la bibliografia rimandiamo al nostro precedente lavoro.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Modena.
Direttore: Prof. PAOLO FIORI.

Di un raro caso di sarcoma dell'alluce

per il dott. ENRICO PEGREFFI, assist. volontario.

Se abbastanza frequenti sono i sarcomi degli arti, complessivamente considerati, la localizzazione di tale neoplasia alle dita, rappresenta una evenienza rarissima (Bufalini). I casi noti di tumori aventi tale sede, sono insorti pressochè costantemente dalle guaine tendinee, e, nella quasi totalità dei casi, si tratta di quei tipi di sarcomi, denominati *mielomi* da Heurtaux, *tumori a mieloplassi* da Nelaton, *sarcomi mieloidi* da Cornil, che per le loro caratteristiche cliniche ed istologiche, si differenziano nettamente dai sarcomi comuni. Questi ultimi hanno come sede di predilezione le regioni articolari del piede e della mano e la loro localizzazione in corrispondenza del tratto digitale della guaina tendinea è rara.

Essendomi quindi offerta l'opportunità di osservare un caso di sarcoma fusocellulare dell'alluce, originatosi verosimilmente dalla guaina del flessore proprio, ho creduto opportuno di farne oggetto di breve nota.

Reb. Desiderio, anni 57, conciatore di pelli, di Modena. Nulla di particolare rilievo nel gentilizio e nell'anamnesi remota.

Anamnesi prossima. Il paziente come conciatore di pelli, durante il lavoro, indossa grossi zoccoli di legno per meglio proteggere i piedi dal liquido di concia, di cui è continuamente bagnato il pavimento dei laboratori.

Circa un mese fa cominciò ad avvertire un senso di pizzicore e di dolenzia all'alluce del piede destro. Il dito a detta del paziente non presentava allora alcunchè di anormale. Ritenendo che tale disturbo fosse provocato dal liquido di concia, che entrato incidentalmente nello zoccolo fosse venuto a contatto del dito, non vi diede soverchia importanza.

Tali disturbi essendosi fatti in pochi giorni continui ed essendo pure aumentati di intensità fecero sì che egli portasse di nuovo l'attenzione sulla parte affetta; notò solo allora una modica tumefazione alla radice dell'alluce; la cute era di aspetto normale. Andando però tale piccolo nodulo progressivamente aumentando, ed essendosi la cute, in breve volger di tempo, fattasi prima rossastra, e poi ulcerata, il paziente si recò da un sanitario, dietro consiglio del quale provvide al suo ricovero in Policlinico.

Esame obbiettivo generale. Costituzione scheletrica normale. Masse muscolari, pannicolo adiposo ben sviluppati; cute normale, mucose visibili ben sanguificate.

Nulla appare di notevole all'apparato respiratorio e cardiovascolare.

Non si apprezzano gangli nelle sedi di elezione.

Esame obbiettivo locale. Al piede destro si nota una tumefazione del volume di un mandarino, grossolanamente rotondeggiante, lievemente mammellonata, che interessa totalmente la faccia plantare e mediale dell'alluce e si estende a parte del cuscinetto plantare corrispondente alla testa del primo metatarso. La superficie plantare di tale tumefazione è ulcerata; sul fondo dell'ulcera i tessuti di proliferazione sono ricoperti da un essudato grigio giallastro; in prossimità della periferia esiste una escavazione più profonda da cui geme materiale di colorito giallo scuro di odore fetido (fig. 1).



FIG. 1.

La cute che ricopre il resto della tumefazione appare lucente, arrossata e lascia scorgere una cospicua rete venosa.

Mentre i tessuti di proliferazione non sono affatto dolenti, la palpazione sulla superficie arrossata provoca vivo dolore.

Il tumore appare spostabile sul piano scheletrico, specialmente nel senso trasversale all'asse del dito.

Esame radiografico. Nulla si riscontra a carico delle parti ossee.

Atto operativo. In anestesia locale si procede alla disarticolazione dell'alluce; la ferita, per mancanza di lembo cutaneo e per la presenza di fatti infiammatori è lasciata aperta.

Ottenutasi la completa cicatrizzazione della ferita operatoria, il paziente viene dimesso, con l'invito di ripresentarsi ad intervalli al nostro ambulatorio (fig. 2).

Aspetto macroscopico del pezzo asportato. La tumefazione grossa quanto una noce non ha limiti ben definiti; le parti molli sono riccamente infiltrate dal tessuto di neoformazione; la cute vi è intimamente aderente. Un taglio praticato nella compagine della massa, mostra una superficie di sezione di aspetto grigio rossastro in alcuni punti, e biancastro in altri.

Le falangi non sembrano interessate dal processo e la capsula metatarso-falangea è pure indenne. Per un certo tratto, invece, la guaina del flessore proprio dell'alluce con il suo tendine sono completamente invase dal nuovo tessuto.

Esame istologico. Nella zona neoplastica comprendente la cute interessata ed in prossimità della parte ulcerata, vediamo che già nel derma, fra gli elementi connettivali adulti, si hanno gettoni di elementi giovani, gettoni che si fanno sempre



FIG. 2.

più numerosi a mano a mano che ci si avvicina alla sede dell'ulcera (fig. 3).

Tuttavia nel derma predomina ancora la sostanza fondamentale sugli elementi cellulari. Nelle sezioni interessanti la perdita di sostanza si nota che lo strato epidermico è caduto per un lungo tratto ed il fondo è costituito da un tessuto connettivo che in più punti è notevolmente infiltrato sia di elementi linfocitari sia di elementi neoplastici. Dalla periferia si dipartono travate connettivali, che irregolarmente addentrandosi nella compagine del tumore, accennano a dividerlo in lobi. Tali gettate a mano a mano che si addentrano si rendono sempre più esili e si sfibrillano in tenue reticolo. Nella compagine del tumore, colpisce l'enorme ricchezza cellulare nei confronti della sostanza fondamentale.

Le cellule del tumore sono costituite da elementi fusati, in diversa guisa orientati; hanno nucleo ben colorabile, ricco di cromatina e sono provvisti di un tenuissimo alone protoplasmatico.

Tali elementi hanno volume variabilissimo, cosicchè accanto a piccole cellule fusate, se ne trovano altre di volume notevole a terminazioni polari irregolari, con nucleo ovalare, voluminoso, provvisto di uno o più nucleoli. In qualche zona tali elementi fusati sembrano disporsi in fasci che intersecano il campo in diversa guisa.

Molto frequenti sono le cariocinesi atipiche e in vari punti si notano nuclei mostruosi. Si possono pure osservare numerose zone di necrosi.

Con una certa frequenza, nella compagine del tumore si riscontrano esili vasi neoformati; essi appaiono come scavati nella massa neoplastica e sono formati da manicotti di elementi tumorali, con assenza il più spesso di endotelio.

La sostanza fondamentale è in ogni campo scarsissima e si possono solo intravvedere esili fascetti fibrillari.

Tre mesi dopo il paziente viene ricoverato in sezione medica del Policlinico con diagnosi di bronco-polmonite e vi decede dopo circa un mese di degenza.

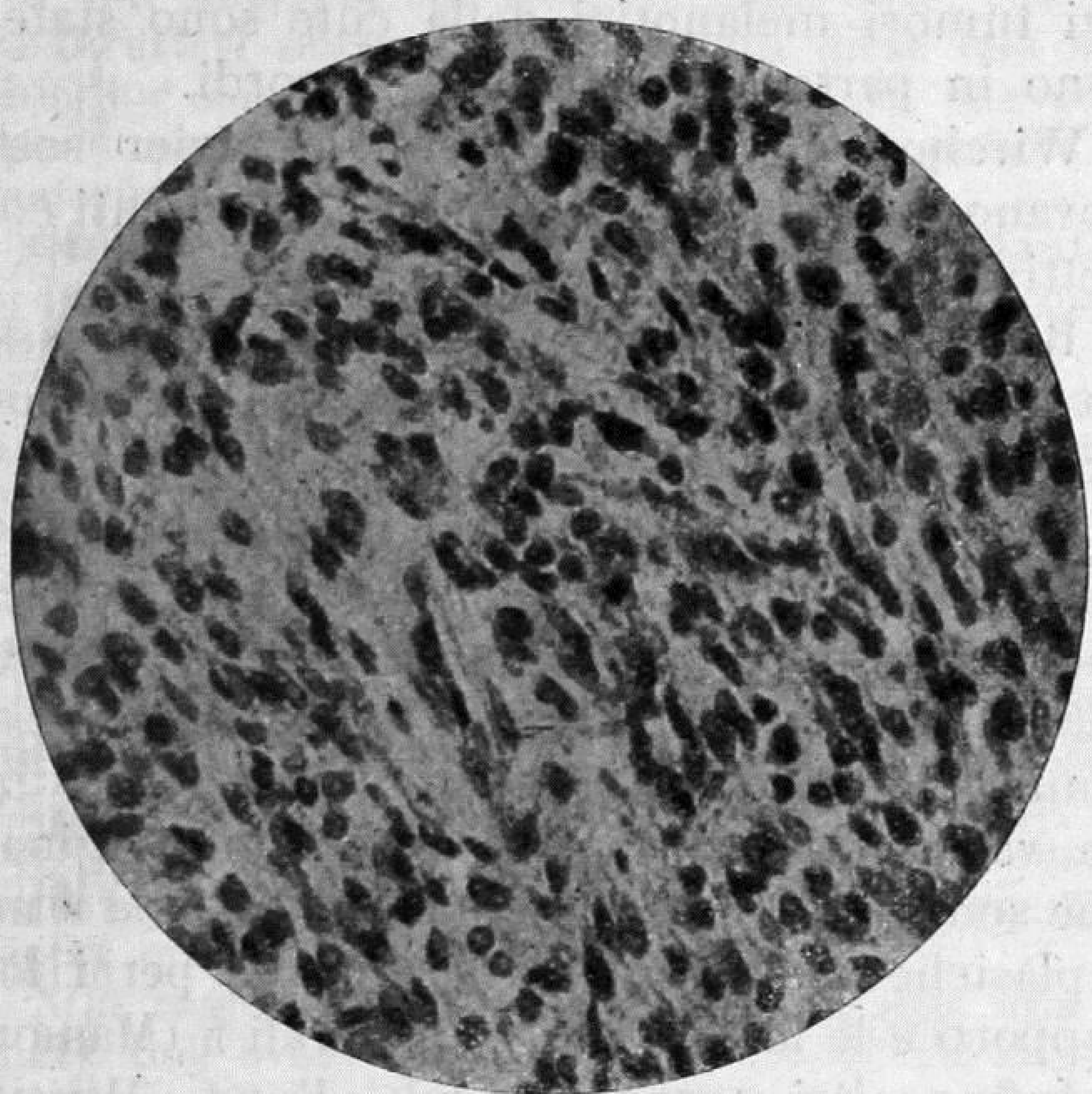


FIG. 3.

Necroscopia. I centri nervosi non si esaminano perchè il cadavere è richiesto. Area cardiaca dilatata; aderenze pericardiche non molto tenaci. Il cuore appare dilatato di volume; le cavità atrioventricolari sono pure dilatate. Il miocardio è molle e friabile.

La cavità pleurica di sinistra è occupata da enormi masse bianco-giallastre, che in alcuni punti hanno l'aspetto di masse fibrinose ed in altre tale aspetto si modifica assumendo la parvenza di sostanza encefaloide grigio-rossastra.

Alla base del polmone di destra si nota un nodo del volume di una nocciola biancastro e molle.

Il fegato di volume pressochè normale, è lievemente giallastro per processi degenerativi.

La milza è lievemente aumentata di volume; la polpa è diffluente.

Parenchimatosi renale di modico grado.

Nell'omento, che è schiacciato e si addensa superiormente nella regione diaframmatica sinistra, si nota un piccolo nodulo grigiastro molle che ha l'aspetto di un nodo metastatico.

La regione plantare del piede destro è tumefatta e un taglio condotto sulla cicatrice del pregresso atto operativo lascia scorgere una massa carnosa, rossigna, fortemente aderente ai tegumenti muscolo-cutanei della regione. Tale massa presenta nettamente l'aspetto neoplastico.

Dallo studio del suddescritto caso, appare evidente che noi ci troviamo di fronte ad una neoplasia di origine connettivale.

Dall'enorme ricchezza degli elementi cellulari nei confronti della sostanza fondamentale, dalla diversità di volume degli elementi, dalle frequenti cariocinesi atipiche, espressione di una tumultuosa e disordinata moltiplicazione, siamo portati alla diagnosi di sarcoma fusocellulare.

In quanto al punto di origine primitivo, esso presumibilmente può ricercarsi nell'alluce, in quanto tale localizzazione apparve la sola manifesta all'atto del primo ricovero dell'ammalato in Policlinico. Difatti, il paziente in quell'epoca non presentava alcun sintoma soggettivo od obbiettivo a carico dell'apparato respiratorio, che alla necroscopia apparve così diffusamente colpito. L'esame clinico e radioscopico nulla allora mise in evidenza: Il paziente non accusò mai tosse, dispnea, non sintomi dolorosi, che, anche se lievi, si sarebbero indubbiamente avuti, in quanto la localizzazione fu prevalentemente pleurica. Tutti questi fenomeni invece comparvero soltanto cinque mesi dopo che si manifestarono all'alluce quei fatti che indussero il paziente ad entrare in Policlinico.

Ammessa così la diagnosi di sarcoma primitivo dell'alluce, da quali elementi ha tratto origine la neoplasia?

A tale proposito dirò subito che non si hanno dati sufficientemente sicuri per poter ammettere con certezza da quali elementi sia primitivamente originato il tumore; dal fatto però, che, sia radiologicamente che macro e microscopicamente non furono messe in evidenza alterazioni a carico delle parti ossee si può affermare che il punto di partenza non sia stato lo scheletro. La perfetta integrità della capsula articolare (metatarso-falangea), che con la massa neoplastica non aveva che rapporti di contiguità, ci fa porre tale elemento fuori questione. Il fatto che il tumore era mobile sul piano osseo, ci farebbe pure escludere un eventuale punto di partenza dal periostio.

Essendosi invece riscontrato che la guaina del flessore proprio dell'alluce con il suo tendine erano inglobati dal tessuto di neoformazione, e che questi elementi, per un certo tratto, non erano più riconoscibili, perchè completamente sostituiti dal nuovo tessuto, si potrebbe prospettare la logica ipotesi che la neo-

plasia abbia tratto origine dalla guaina tendinea.

* * *

Il suddescritto caso mi è sembrato interessante oltrechè per la su accennata rarità di sede, anche per il suo comportamento clinico. È noto infatti come i sarcomi delle guaine godino di una relativa benignità; sono citati i casi di Eichorst e di Monroe in cui la neoplasia datava rispettivamente da 30 e 10 anni.

Fra gli ultimi va fatta menzione del caso di Romiti (sarcoma a cellule polimorfe) nel qual caso il tumore datava da ben 12 anni. Agrifoglio, riassumendo il quadro clinico dei sarcomi comuni delle guaine, scrive che, pur avendo tali tumori grande tendenza all'invasione locale, così da determinare ampie distruzioni di capsule, di legamenti e di parti ossee, ben di rado danno metàstasi gangliari e ancor meno frequentemente metastasi viscerali. La cute viene difficilmente infiltrata e sono solo note le osservazioni di Czerny (sarcoma globocellulare), di Leclerc (sarcoma fusocellulare) e di Bolognesi (sarcoma globocellulare) di ulcerazioni dei tegumenti.

Nel caso mio, l'infiltrazione e l'ulcerazione della cute si sono verificate dopo breve spazio di tempo dall'insorgenza della neoplasia, non solo, ma a pochi mesi dall'exeresi si è avuta metastasi viscerale che ha condotto in breve a morte il paziente. La localizzazione quindi dei sarcomi comuni delle guaine nel tratto digitale della guaina stessa, benchè eventualità rarissima, non deve essere dimenticata. L'impossibilità poi quasi assoluta di una diagnosi differenziale tra tumori maligni e benigni (Agrifoglio) impone la necessità di un esame istologico. Se il reperto si mostra in favore di un sarcoma comune, l'ampia e generosa exeresi del tumore e la sorveglianza protratta dell'infermo si rendono necessari.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di sarcoma (fusocellulare) dell'alluce, originatosi primitivamente, con tutta probabilità, dalla guaina del flessore proprio. La neoplasia dopo pochi mesi dall'exeresi, ha dato metastasi pleuriche che hanno condotto, in breve, a morte il paziente.

BIBLIOGRAFIA.

Bufalini. Arch. Ital. di Chir., 1921.
Gaudiani. Policlinico, Sez. Chir., 1906.
Lenzi ed Abetti. Clin. Chir., 1913.
Tourneux. Revue de Chir., 1913.
Agrifoglio. Annali Ital. di Chir., 1928.
Romiti. Arch. Ital. di Chir., 1925.
Durante. Chir. degli Organi di Movimento. volume VII.

Ospedale Civico S. Giov. Evangelista - Tivoli
Sezione Chirurgica A. Parrozzani.
Direttore primario chirurgo dott. C. Colucci.

Un caso di melanosarcoma cutaneo a lungo decorso

per il dott. Biagio Mariotti, aiuto.

I tumori melanotici o melanomi cutanei, sono tumori ad andamento maligno, caratterizzati dalla presenza, nelle cellule neoplastiche, della melanina, sostanza colorante, che, d'altra parte, costituisce normalmente il pigmento della pelle, dell'iride, della coroide e dei nei pigmentari.

Le opinioni degli autori sulla istopatogenesi dei tumori melanotici della cute sono state e sono in parte ancora molto discordi.

Wirchow, Respighi, Cornil, Ranvier sostenevano l'origine di tali tumori da elementi connettivali del tipo embrionale.

Ribbert affermava che i melanomi derivassero da una specie cellulare pigmentata di origine mesodermica.

D'altra parte Unna e poi Darier e Masson hanno sostenuto la natura epiteliale di detti tumori. Essi dicono che se molti di questi tumori hanno indubbiamente l'apparenza di sarcomi, ciò dipende con ogni verosimiglianza, da variazioni evolutive delle cellule originali, che sono sempre di origine epiteliale, ma « metaplasiche e divenute mesenchimali per i loro rapporti e le loro proprietà generali » (Masson).

Infine altri autori, Joseph, Borst, Wieting considerando la questione con spirito eclettico, sostengono che esistono melanomi sia di origine epiteliale, sia di origine connettivale.

Come si vede, dibattuta è ancora la questione della origine istologica delle cellule caratteristiche di questi tumori.

In ogni maniera i melanomi della cute, i « cancers noirs » dei francesi, sono tumori altamente maligni. Il tumore, originato in genere in corrispondenza di un néo visibile o non, si accresce rapidamente, tantochè spesso la pelle si ulcera, invade ben presto, per le vie linfatiche e sanguigne l'intero organismo.

La faccia e l'arto inferiore sono le sedi di predilezione dei melanomi cutanei, che con minor frequenza si osservano al torace, all'arto superiore, agli organi genitali, al retto (Chalier e Bonnett).

Quale sia la sua sede, l'insorgenza di un melanoma cutaneo è evento di una eccezionale gravità.

Iniziatosi sotto forma di un tumoretto di un colorito grigio nerastro, più spiccato alla peri-

feria, esso aumenta con rapidità, dimostra un'aggressività eccezionale, ben presto i più svariati organi, a cominciare dai polmoni, vengono invasi dalle metastasi, che avvengono sia per via linfatica che per via sanguigna, tantochè, dice il Forgue, salvo le rare eccezioni, ogni malato colpito da « cancer noir » deve essere considerato come votato ad una morte vicina.

Come esempio della gravità di tali forme neoplastiche, riporto la descrizione di un caso occorso alla nostra osservazione:

T. Giuseppe, di a. 48.

Negativa l'anamnesi famigliare e personale remota. Nega lues e malattie veneree. Ammogliato, con prole.

Da tempo indeterminato aveva notato sulla cute del prepuzio una piccola macchia di colorito oscuro, non sollevata sul restante della cute, che aveva caratteri normali. Da circa un mese tale macchia ha cominciato ad ispessirsi ed in sua corrispondenza si è venuta formando una piccola tumefazione.

Quindici giorni or sono la pelle sovrastante si è erosa e sulla erosione si è formata una crosta ematica.

Ha notato inoltre nella regione inguinale destra, una tumefazione della grandezza di una nocciuola, indolente. Non ha notato elevazioni febbrili.

E. O. Condizioni generali buone. Stato di nutrizione e di sanguificazione buoni. L'esame degli organi interni è completamente negativo.

In corrispondenza del prepuzio, sul suo lato sinistro si nota una tumefazione della grandezza di un cece, di colorito brunastro, più spiccato alla periferia, con al centro una ulcerazione rotonda, coperta da un intonaco siero-ematico. Nulla sulla faccia mucosa del prepuzio.

Alla regione inguinale destra si palpa una tumefazione ovoidale della grandezza di un uovo di piccione, duro-elastica, spostabile, non aderente, evidentemente una linfoglandola.

In anestesia locale, si estirpa il piccolo tumoretto del prepuzio, passando in pelle sana, e la linfoglandola inguinale.

Guarigione chirurgica di 1ª. Il p. viene dimesso al 10° giorno.

Alla sezione, ambedue i pezzi appaiono di colorito nerastro.

L'esame istologico dei due pezzi praticato dall'esimio prof. Sotti, direttore dell'Istituto di Anatomia patologica della R. Università di Roma, dette per reperto: sarcoma melanotico.

Dopo un mese il paziente si ripresenta denunciando la presenza nella regione inguinale sinistra, di una tumefazione che si è venuta formando rapidamente.

In detta regione si palpa una tumefazione della grandezza di un uovo, liscia, indolente, duro-elastica, con altre piccole, evidentemente altre linfoglandole metastatiche del primitivo tumore prepuziale.

In contrapposto a tale caso clinico, esporrò ora la storia dell'altro, di cui è propriamente oggetto la presente nota e che è interessante invece per il suo lungo decorso e per la mancanza, per lo meno, clinicamente apprezzabile, di lesioni viscerali, indici di già importanti localizzazioni metastatiche, dopo il lungo periodo di tempo intercorso dalla sua insorgenza:

F. Bernardina, di a. 72.

Gentilizio negativo. Non ricorda malattie degne di nota nell'infanzia. Mestruata regolarmente a 14 anni. A 20 anni sposò un uomo, tuttora vivente e sano, da cui ha avuto sette figli, di cui due sono viventi, gli altri sono morti in tenera età per malattie che la paziente non sa precisare. Ha avuto un aborto.

Riferisce che circa tre anni or sono ha notato la comparsa al dito medio della mano destra di una piccola crosticina di colorito nerastro, senza aver avuto precedenti lesioni locali. In seguito, in corrispondenza della suddetta crosticina è venuta formandosi una tumefazione, che ingrandendosi progressivamente e lentamente ha invaso la seconda e la terza falange del dito, fino a raggiungere il volume di adesso, che è di un uovo. Da qualche mese la superficie di detta tumefazione si è ulcerata e tramanda cattivo odore. Non si lamenta di altri disturbi.

E. O. Condizioni generali buone. Pannicolo adiposo scarso.

Torace: scarno, simmetrico, lieve cifosi dorsale senile. Suono di percussione chiaro su tutto l'ambito. Fremito vocale tattile ovunque trasmesso. Murmure vescicolare ovunque.

Cuore e apparato vascolare: cuore nei limiti. Toni netti con lieve accentuazione del 2° tono aortico.

Polso di frequenza normale, ritmico.

Addome: avvallato, trattabile, indolente.

Organi ipocondriaci: nei limiti.

In corrispondenza della 2ª e 3ª falange del dito medio mano destra, si osserva una tumefazione impiantata con larga base sul lato volare del dito. Detta tumefazione, della grandezza di un uovo, è a superfice bernoccoluta, di colorito grigiastro, di aspetto sfacelato, di odore putrido. La consistenza è dura. La cute circostante all'impianto della tumefazione è in qualche punto grigiastra, in altri punti di color nero ardesia. La tumefazione è poco mobile sui piani profondi. La base del dito è di aspetto normale.

Dallo stesso lato si palpa una linfoglandola epitrocleare, della grandezza di un pisello, altre se ne palpano all'ascella ed alla regione sopraclavicolare della grandezza da un pisello ad un fagiuolo, indolenti, di consistenza durissima.

In anestesia locale novocainica si pratica la disarticolazione metacarpo-falangica del 3° dito mano destra.

Sutura parziale della cute, lasciando due piccoli zaffi.

Il decorso post-operatorio fu normale.

La p. non volle sottoporsi all'asportazione di qualche linfoglandola o l'epitrocleare o ascellare, che noi avevamo proposto a scopo di biopsia.

L'esame istologico del pezzo praticato dal prof. Sotti, dette il seguente reperto: « Nei diversi punti esaminati si nota ovunque la stessa struttura. Mentre non si osservano alterazioni della cute all'infuori di un allungamento ed assottigliamento delle papille, nell'ipoderma si osserva un infiltrato costituito da cellule connettivali di tipo immaturo. Trattasi di cellule connettivali fusate, variamente raggruppate in fascetti, più o meno voluminosi. In alcuni tratti questi elementi sono infarciti di pigmento nerastro, melanotico, in altri ne sono completamente privi ed il pigmento

è raggruppato in zolle di diversa estensione nella parte più periferica. Diagnosi istologica: sarcoma fusocellulare melanotico ».

Da notizie avute a distanza di sei mesi dall'intervento e di tre anni e mezzo dall'insorgenza del tumore, la malata è in buone condizioni, è lieta di non portare più con se il dito fastidioso e maleodorante, non presenta segni di localizzazioni viscerali, i gangli linfatici dell'arto superiore destro hanno ancora l'aspetto suddescritto.

Il contrasto nel decorso clinico dei due casi che ho illustrato mi ha spinto a render noto specialmente il secondo, non essendo in verità molto frequente un decorso così lungo in casi di melanomi cutanei.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di melanosarcoma cutaneo a lungo decorso, perchè a tre anni e mezzo dall'insorgenza del tumore, pur avendosi invasione del sistema linfatico regionale, erano assenti segni di localizzazione viscerale e la paziente era in buone condizioni di salute.

BIBLIOGRAFIA.

FORGUE. *Précis de Pathologie Esterne*, 8ª ed., t. I, pag. 487.
FOÀ. *Trattato di anatomia patologica.*
BECKER. *Cutaneous melanoma. Tr. dermatol. et sifilog.*, maj 1930.
SPECIALE. *Su un caso di melanocarcinoma cutaneo.* Policl., Sez. Chir., 1926, pag. 539.
NATHAN. *La mélanine et les tumeurs mélaniques de la peau.* Ann. d'Anat. Path., maj 1928.
PAITRE et VAUDIN. *Sarcome mélanique de la peau.* Soc. de médecine militaire franç., 10 avr. 1930.
REISS. *Un cas de mélanosarcomatose de la peau.* Acta dermat. vénéréol., sept. 1931.

SUNTI E RASSEGNE.

RICAMBIO.

Indice cromico residuale. Nuova prova di insufficienza glicolitica. Suo significato e suo valore diagnostico.

(M. POLONOWSKI e H. WAREMBOURG. *Presse Méd.*, 17 maggio 1933).

Quando si misura la quantità totale di carbonio contenuta nel plasma, dealbuminizzato per defecazione, ci si accorge che è impossibile attribuirlo interamente alle sostanze conosciute. Esiste dunque nel plasma defecato un complesso carbonico indosato che risulta dalla differenza fra carbonio totale e il carbonio dei differenti composti dosabili, complesso che costituisce più del 50 % del carbonio totale, variando da g. 0,41 a g. 0,53 per litro. Le sostanze quaternarie intervengono poco nella sostituzione del carbonio plasmatico indosato; dei corpi ternari debbono necessariamente formarne la maggior parte.

Gli AA. hanno provato l'esistenza di questi composti, ne hanno determinato la natura e le variazioni nel corso delle diverse condizioni fisiologiche e patologiche e sono stati così condotti a proporre una nuova prova clinica dell'insufficienza glicolitica.

Hanno impiegato a questo scopo il metodo di ossidazione cromica per valutare le sostanze riduttrici contenute nel plasma defecato. Esso consiste nel provocare, in condizioni determinate, l'ossidazione con una quantità nota di una soluzione sulfo-cromica, dosando poi jodometricamente l'acido cromico in eccesso.

Gli AA. chiamano *indice cromico totale* (I.C.T.) di un plasma defecato, la quantità di bicromato decinormale necessaria all'ossidazione di 1 cc. di plasma. Conoscendo l'indice cromico riferentesi al glucosio (indice di una soluzione di glucosio 1 ‰), è facile esprimere in indice cromico, dopo averlo dosato, la quantità totale di zucchero contenuto nel plasma in istudio. Si ottiene così per calcolo *l'indice cromico glucosico* (I.C.G.). Gli AA. hanno constatato che quest'ultimo è sempre notevolmente inferiore all'indice cromico totale, di una quantità che costituisce *l'indice cromico residuo* (I.C.R.) del plasma.

Nell'uomo normale a digiuno questo indice oscilla fra 0,30 e 0,60, ed il rapporto $\frac{\text{I.C.R.}}{\text{I.C.G.}}$ varia fra 0,18 e 0,40. Fisiologicamente le variazioni dell'I.C.R. sono parallele a quelle della glicemia.

Lo studio delle modificazioni patologiche dell'I.C.R. mette in evidenza dei fatti interessanti.

In una prima serie di casi l'I.C.R. plasmatico e la glicemia sono ambedue molto aumentati, quindi il rapporto $\frac{\text{I.C.R.}}{\text{I.C.G.}}$ resta normale e

anche si abbassa e l'azoto residuo è sensibilmente normale. È nel diabete che si osserva al massimo questo tipo di modificazione. Le cifre di I.C.R. più elevate si riscontrano nel diabete magro non trattato, poi nel diabete magro trattato con insulina, infine nel diabete grasso. Non esiste però un parallelismo rigoroso fra la forma clinica di diabete e il tasso del carbonio indosato del plasma.

Mentre nel soggetto sano nè il glucosio nè l'insulina, impiegati a dosi medie, modificano il valore dell'I.C.R., non così avviene nei diabetici. Nel diabetico l'ingestione di 50 gr. di glucosio provoca un aumento importante del carbonio indosato più considerevole e più precoce dell'aumento corrispondente della glicemia, ed un aumento dell'I.C.R. urinario; l'iniezione di 30 unità d'insulina determina una considerevole diminuzione dell'I.C.R. più precoce e più importante della corrispondente diminuzione della glicemia, e un aumento dell'I.C.R. urinario; l'iniezione di mgr. 0,75 di adrenalina, senza azione sul carbonio indosato del plasma, provoca un aumento costante dell'I.C.R. urinario.

È facile comprendere la ragione di queste variazioni. I prodotti intermedi del metabolismo dei glucidi, già presenti nel sangue normale, aumentano nel diabete, donde l'elevazione dell'I.C.R. L'ingestione di glucosio in questi malati accentua questo disturbo, quindi aumento dell'I.C.R. nel plasma e nelle urine. L'iniezione d'insulina, per contro, tende a ristabilire il metabolismo normale dei glucidi, donde l'abbassamento dell'I.C.R. plasmatico, mentre l'aumento dell'I.C.R. nelle urine rappresenta una vera scarica di prodotti carbonati. Quanto all'azione dell'adrenalina essa è nulla sull'I.C.R. come sulla glicemia.

Questi fatti permettono di chiarire un po' il problema così complesso della patogenesi del diabete e, d'altra parte, ci danno in clinica delle indicazioni sulla diagnosi, la prognosi e il trattamento di questa affezione.

Riguardo alla patogenesi del diabete, l'azione dell'insulina sull'I.C.R. dimostra che essa esercita un'azione tendente a degradare più profondamente i prodotti intermedi del ricambio dei glucidi o ad aumentare la loro sintesi in glicogeno.

Quanto al valore clinico della ricerca, essa può servire di misura della gravità della malattia e può fornire delle interessanti indicazioni nel corso del trattamento insulinico, in quanto la diminuzione dell'I.C.R. può essere dell'evoluzione favorevole della malattia e dell'efficacia del trattamento, annunciatrice più precoce della riduzione della glicemia.

In una seconda serie di casi, l'I.C.R. è ugualmente aumentato, ma con una glicemia sensibilmente normale; il rapporto $\frac{\text{I.C.R.}}{\text{I.C.G.}}$ aumenta. Infine l'azoto residuo non è sempre immodificato. Questa sindrome può osservarsi in un gran numero di casi. La si riscontra anzitutto nelle glicosurie non diabetiche e spesso anche in quel gruppo di affezioni che si accompagnano volentieri ad una disregolazione del metabolismo glucidico: affezioni epatiche, obesità, ipertensione arteriosa, gozzo esoftalmico.

In certi malati, con I.C.R. normale, e che presentavano una forte reazione di iperglicemia provocata, gli AA. hanno notato che l'ingestione di zucchero era seguita da un aumento dell'I.C.R., contrariamente a quello che si osserva normalmente. Gli AA. considerano questo aumento come un segno di insufficienza glicolitica al suo inizio.

Aumento dell'I.C.R. si può avere nelle insufficienze cardiache e nelle deficienze miocardiche funzionali, nel periodo di stato di alcune malattie infettive, in seguito ad interventi chirurgici, in alcuni casi di gravidanza con disturbi glicoregolatori, nel cancro.

In una terza serie di osservazioni, il tasso dell'azoto residuo è superiore alla norma, l'I.C.R. plasmatico è aumentato, mentre la glicemia è poco modificata, donde elevazione del rapporto $\frac{\text{I.C.R.}}{\text{I.C.G.}}$.

Si osserva questo quadro nelle nefriti azotemiche. Verosimilmente in questi casi l'aumento del carbonio indosato è in rapporto con la ritenzione di composti azotati complessi, che influenzano notevolmente l'I.C.R. Questo fatto obbliga a portare una leggera restrizione al significato abituale dell'I.C.R. come prova di insufficienza glicolitica. Ma dall'insieme le variazioni di esso restano legate quasi sempre ad un disturbo glico-regolatore.

La prova proposta non ha soltanto un valore diagnostico. specie nel corso dell'evoluzione del cancro. Essa permette anche una valutazione quantitativa dei disturbi della glicolisi.

C. Toscano.

Influenze delle variazioni stagionali sul ricambio dei carboidrati. Le stagioni e il diabete.

(G. Denes. *Studium*, 1 settembre 1933).

È di pochi giorni fa un lavoro, da noi recensito, sui rapporti fra fenomeni meteorici e dermatosi. Avevamo detto che la meteoropatologia è questione all'ordine del giorno: ed ecco infatti uno studio di Denes, direttore del Lab. Microgr. Prov. di Padova, il quale da vari anni ha modo di seguire la sorte di numerosi diabetici, affetti prevalentemente da forme gravi, controllandoli mediante ripetuti esami di urina e della glicemia. Ha potuto così accumulare numerose osservazioni veramente interessanti riguardanti l'influenza dei fattori climatici stagionali sul metabolismo dei carboidrati. Tale studio era già stato iniziato, per quanto saltuariamente, da vari AA., i quali avevano dimostrato come negli animali da esperi-

mento l'innalzamento della temperatura ambiente provocherebbe l'aumento temporaneo del tasso glicemico, l'abbassamento invece lo diminuirebbe.

Griffith ha stabilito che, aumentando il consumo calorico in seguito a cause esogene, nell'uomo si ha aumento temporaneo del tasso glicemico. Goldberger osservò dopo l'irradiazione solare in alta montagna aumento notevole del tasso glicemico durante le prime ore di irradiazione, mentre secondo altri i raggi solari provocherebbero l'ipoglicemia.

I risultati contraddittori rilevati da questi AA. per effetto dell'innalzamento della temperatura esterna, per azione dei raggi solari ed ultravioletti, si spiegano soltanto con la circostanza che in seguito all'azione di un solo fattore non si ottengono modificazioni rilevabili e precise nel ricambio dei carboidrati.

Il concetto « stagione » non comprende soltanto diversità della temperatura esterna, bensì modificazione profonda nella composizione dell'atmosfera (stato di umidità, elettricità, presenza di allergeni).

Accingendosi a parlare di tali fattori e della loro influenza sull'organismo in genere è necessario prendere in considerazione la costituzione individuale.

Vi sono degli individui *meteorolabili* ed individui *meteorostabili*: si può affermare che tutti gli individui che presentino in comune una affezione che si basa sull'alterazione patologica delle funzioni endocrine del pancreas hanno in comune la proprietà di essere *meteorolabili*: tutti i diabetici presentano ipersensibilità verso le stagioni. Le osservazione dell'A. riguardano casi di diabete non trattati con l'insulina e di diabetici insulinizzati regolarmente. Tutti i malati, quelli di lieve grado e quelli gravi, curati regolarmente o meno, mostrano un risentimento stagionale: la reazione degli organismi è però differente a seconda della costituzione individuale. Ad esempio, nei diabetici gravi, generalmente giovani, di cui l'A. riporta 6 casi, si è notato chiaramente aggravamento stagionale e ciò specialmente durante la stagione estiva e invernale mentre all'inizio della stagione primaverile e autunnale si può notare un risveglio della difesa dell'organismo, risveglio che può portare ad un miglioramento anche durevole quando lo stato generale del paziente lo permetta.

Nei casi lievi di diabete l'influenza stagionale è ancora più notevole, ed anche in questi casi si nota l'effetto benefico delle stagioni intermedie, mentre il tasso glicemico e la glicosuria aumenta specialmente durante la stagione molto calda.

È veramente interessante il fenomeno della utilizzazione dell'insulina: con dosi piccole, anzi minime dell'ormone si ottiene la scomparsa della glicemia in primavera ed autunno, mentre dosi molto maggiori dell'ormone non riescono ad abbassare il tasso glicemico ed a fare scomparire la glicosura nelle stagioni estiva ed invernale: nei casi a decorso lieve (diabete senile), ove non si presenta la necessità di una cura insulinica, la comparsa della glicosuria si nota specialmente durante la stagione invernale (dicembre-gennaio), e durante le altre stagioni non si notano manifestazioni morbose.

Quale possa essere il meccanismo di azione del fenomeno rimane un po' dubbio. In tutti gli esseri vi è una sensibilità meteorica (Sardou); nell'uomo ammalato l'influenza meteorica è in genere molto più viva. Secondo l'A., il cambiamento brusco della stagione, analogamente al rapido variare del clima, porterebbe uno schock che Singer ottiene mediante il trattamento dei diabetici con proteine eterogenee.

Anche qui il miglioramento è poco evidente nei diabetici giovani. Secondo Singer, col suo metodo si otterrebbe una mobilizzazione di forze accessorie dell'organismo, il quale risponderebbe alle esigenze fisiologiche del ricambio, in maniera meglio adeguata, sfruttando quel tanto di energia di riserva che caratterizza i casi lievi. L'ipotesi può sembrare un po' fantasiosa, ma le osservazioni restano: è da augurarsi che ulteriori ricerche, più ampie e più accurate, portino maggior luce sull'interessante problema, permettendo di costruire le prime basi di un trattamento climatico dei diabetici.

G. La Cava.

Ipertensione e diabete.

(M. Zardi. *Arch. per lo studio della Fisiop. e Clin. del ricambio*, anno I, vol. II, 1933).

L'A. rileva che l'associazione ipertensione e diabete è troppo frequente per essere ascritta semplicemente al caso. La concomitanza morbosa o, per meglio dire, la successione del diabete all'ipertensione trova probabilmente una delle sue ragioni nelle alterazioni arteriosclerotiche del pancreas conseguenti alla malattia ipertensiva. In mancanza di prove sicure favorevoli o contrarie, non si può escludere che l'associazione morbosa in questione sia sostenuta da una turba disendocrina più complessa. Estese ricerche fatte nella Clinica di Milano hanno dimostrato un prevalente orientamento simpaticotonico degli ipertesi e rendono probabile che in essi la midollare dei surreni sia in iperfunzione almeno relativa al tono, per lo più depresso, del sistema vasale.

L'esperimento fisiologico d'altro canto insegna che una scarica di adrenalina provoca una scarica di insulina. Si può perciò forse non senza ragione pensare che una iperfunzione adrenalinica protratta negli ipertesi stimolando le isole a maggior lavoro conduca, quando quest'organo per disposizione ereditaria non sia dotato di normale efficienza, al suo esaurimento.

In fine, data la notevole frequenza della ma-

lattia ipertensiva anche nei soggetti non diabetici al di là dei quarant'anni e la predilezione del diabete per l'età matura, bisogna pensare per una parte dei casi anche ad una pura coincidenza del diabete con l'ipertensione.

Queste diverse concezioni del diabete ipertonico non influenzano per ora le direttive terapeutiche. C. TOSCANO.

Sopra un caso di iperinsulinismo.

(E. ZISKIND. *Arch. of Intern. Med.*, luglio 1933).

L'A. rileva che la diagnosi di ipoglicemia spontanea, che sino a qualche anno fa poteva apparire ben strana, si va ora facendo sempre più frequente e numerosi sono i casi riportati da vari autori.

L'interesse del caso descritto dall'A., caso seguito accuratamente per più di un anno, sta nell'essersi esso accompagnato a fenomeni nervosi gravi, indicanti una lesione vascolare cerebrale: si ebbe cioè coma, emiparesi, afasia ed emianopsia, fenomeni questi che ebbero una durata insolitamente lunga ed andarono poi gradatamente risolvendosi. Il fatto poi che questi sintomi si erano installati in un periodo di grave ipoglicemia e la loro stessa tendenza a ricorrere durante i successivi attacchi ipoglicemici, fa sospettare all'A. che la lesione cerebrale fosse secondaria al diminuito contenuto in zucchero del sangue. Tale opinione troverebbe conferma nei dati riferiti da altri AA. di fenomeni nervosi transitori in seguito ad insulina o per iperinsulinismo spontaneo: solo che nel caso dell'A. essendo gli stati di ipoglicemia prolungati anche le manifestazioni nervose avevano persistito più a lungo. Un intervento praticato in questo malato non rivelò alcuna alterazione del pancreas: lo studio clinico della funzionalità delle ghiandole endocrine non fece notare alcunchè di anormale. Una aumentata tolleranza per i carboidrati fu rivelata mediante la prova di Woodsatt (iniez. endovenosa di destrosio) mentre che la somministrazione orale del destrosio aveva dato una diminuita tolleranza, segno questo della fallacia di quest'ultimo metodo, se attuato per via orale. G. LA CAVA.

ORGANI DIGERENTI.

Danni e pericoli dei comuni purganti.

(H. SCHOLDERER. *Forschritte der Therapie*, settembre 1933).

Non vi è altro campo della terapia in cui si accavallino tanti metodi e mezzi come quello che pretende rimediare agli stati di stitichezza e che offre sì larga messe a ciarlatani e profani di ogni sorta.

Per il medico è un compito ingrato, poichè la stitichezza, nel quadro morboso è un sintomo associato, che turba le considerazioni terapeutiche e spesso non può essere logicamente collocato in un ordine logico e genetico, un sintoma che sopravviene fra gli altri, ma che, trascurato, può assumere una grande importanza, sicchè quegli che se ne interessa può portare notevole giovamento; esso è ingrato, poichè la stitichezza come malattia è di difficile valutazione quanto come sintoma e finalmente anche perchè esso viene dominato dall'abitudine, dalla superstizione, dall'ipocondria e dal fanatismo.

Il medico ritiene che molti medicamenti possano vincere ogni stato di costipazione; tutti quanti si spacciano per assolutamente fidati, mentre in gran parte possono essere pericolosi.

Il pericolo di essi non sta tanto in un errato dosamento quanto in false indicazioni, specialmente negli stati acuti, mentre in quelli cronici risiede più che altro nell'eccessiva fiducia che si ha in essi.

Negli ultimi tempi, fedeli al principio del *non nocere*, si è cercato di sistematizzare le indicazioni e di riunire i vari mezzi in gruppi farmacologici precisi, sicchè il medico possa avere a disposizione dei tipi, di cui sceglierà le diverse varianti secondo la personale esperienza.

Quando si voglia ottenere un effetto purgativo una volta tanto, si deve anzitutto badare che l'effetto si abbia realmente; in caso contrario, non soltanto si avrà un ristagno delle feci, ma anche del purgante somministrato, sicchè esso potrà agire o localmente nell'intestino ovvero essere assorbito. Tale è il caso, p. es., del calomelano, che può quindi dare delle intossicazioni mercuriali ed anche degli esantemi e degli stati anafilattici. Il pericolo del riassorbimento deve essere tenuto presente anche per l'olio di croton, per la fenolftaleina (nefrite), per la gialappa (nefrite?), il rabarbaro nella donna che allatta (passa nel latte), l'olio di sesamo (formazione di metaemoglobina). I solfati possono, in certe condizioni, provocare un noioso aumento della formazione di idrogeno solforato, con consecutiva irritazione dell'intestino. Nella cura degli elminti con estratto di felce maschio, non si deve dare contemporaneamente l'olio di ricino, poichè se ne può avere un assorbimento dell'estratto stesso, con consecutivo intossicamento (vomito, coma, convulsioni, disturbi visivi, atrofia dell'ottico).

Negli stati banali di stitichezza, tale pericolo può non essere grave, mentre esso va particolarmente considerato nell'ileo meccanico, in cui, oltre alla possibilità di riassorbimento del rimedio dato, vi è anche quella della rottura dell'intestino in conseguenza dell'aumento di peristalsi: il primo pericolo, però, è il maggiore poichè, nell'ileo, la muscolatura intestinale non è molto attiva. Che l'ileo costituisca una controindicazione per la somministrazione di purganti è ben noto, ma spesso il pericolo sta anche nel fatto che, prima che si abbia il

quadro completo del « miserere », si danno dei purganti e si perde così un tempo prezioso per la diagnosi e la terapia.

Nel caso della gastro-enterite acuta comune, il pericolo non sta nella possibilità di riassorbimento, ma piuttosto nel peggioramento dello stato infiammatorio, specialmente nei preparati a base di antrachinone (emodin) e degli acidi resinici. Fra questi ultimi, sono particolarmente controindicati: gialappa, coloquintide scammonea, podofillina, senna, specialmente se vi è compartecipazione dello stomaco. Da evitarsi, sono altresì i mezzi che eccitano la secrezione (solfato di magnesio e di sodio, specialmente in alta concentrazione, nonchè il tamarindo, la manna, il quassio), particolarmente se l'abbondante secrezione intestinale è la conseguenza di infezione o di errori dietetici, p. es., quando la diarrea è dovuto ad abbondante ingestione di frutta (nei bambini). Anche il calomelano appartiene, in parte, ai rimedi che aumentano la secrezione.

Notoria è l'assoluta controindicazione dei purganti in tutti gli stati di irritazione peritoneale, particolarmente nell'appendicite, nell'ulcera penetrante, nella colite tifosa o di altra natura; in questi stati, la somministrazione di un purgante, può portare alla perforazione.

Il pericolo di emorragie del tratto intestinale (ulcera, carcinoma, enterite emorragica) viene aumentato dalla somministrazione di qualsiasi purgante. I derivati dell'antrachinone sono particolarmente pericolosi, sotto tale riguardo, per il crasso, in cui provocano iperemia ed enterite. In questi casi, in cui vi è pericolo di emorragia sono indicati soltanto i mezzi puramente lubrificanti (olio di paraffina) e, nell'ulcera gastro-duodenale, i clisteri di glicerina; questi però vanno usati con molta precauzione nelle emorragie distali del colon e nelle emorroidi, poichè irritano la mucosa e provocano la turgescenza delle emorroidi. Sono anche da menzionarsi i clisteri di sapone che possono provocare coliti emorragiche; sono stati anche osservati casi di morte con il sapone molle. Meglio di tutti in questi casi il clistere di olio.

In gravidanza, debbono evitarsi tutte le azioni iperemizzanti che possono provocare le doglie. Anzitutto, quindi, i derivati dell'antrachinone (specialmente l'aloe e, si comprende, anche l'olio di croton che ormai è in disuso). Del tutto controindicati, oltre all'atropina, sono i rimedi del sistema vegetativo (pilocarpina) e gli ormoni (ipofisina) che possono eccitare la muscolatura dell'utero gravido, prima di quella, più pigra, dell'intestino.

Il dominio principale dei « peccati » terapeutici è indubbiamente quello della costipazione cronica, nelle forme abituali più che in quelle reattive. Fra queste ultime è da ricordarsi anzitutto che nella costipazione della colecistite vanno evitati i mezzi eccitanti del vago, specialmente quelli che agiscono attivamente sulla motilità; lo stesso si dica per le ulceri, l'appendicite, di cui si è già fatta menzione.

Per la costipazione abituale cronica, vale il concetto già espresso della possibilità di assorbimento del rimedio, che è assai accentuata, sia perchè scarsa è la capacità di reazione, sia perchè si stabilisce l'abitudine (specialmente per il rabarbaro) sia per la particolare ostinatezza della forma.

Il maggiore pericolo sta nell'uso cronico. Quello che si è già detto a proposito anche di una sola dose di rimedi del gruppo del crasso (anche la fenolftaleina) che sono capaci di provocare delle coliti, si deve ripetere a maggior ragione per l'uso cronico, in quanto che la coprostasi, di per sè, agisce come stimolo infiammatorio. Ma anche i rimedi per il tenue possono, a lungo andare, provocare dei catarri intestinali. Per un lungo uso è inadatto anche il clistere di glicerina, che può dare una proctite atrofizzante.

Indubbiamente, si deve ammettere che la coprostasi costituisce il fattore più grave della condizione, ma non si deve trascurare il danno che può venire dal purgante anche quando, costituitasi l'abitudine al rimedio (rabarbaro, senna), si ha un'apparente regolarità della defecazione ma, ciononostante, permane la coprostasi.

Meno ancora che le droghe vegetali sono adatti per un lungo uso i sali che, in soluzione fortemente ipertonica, provocano una forte irritazione. Sotto tale punto di vista sono meno nocive le acqua minerali che i rispettivi sali, mentre questi sono preferibili per ottenere una azione purgativa e derivativa nel trattamento di malattie generali o locali, con intestino sano (ipertonia, obesità, diabete, colecistopatia). Si deve però tener sempre presente l'azione disturbatrice che i sali hanno sull'assorbimento, sicchè vanno evitati in tutti quei casi in cui si desidera ottener un aumento di peso.

Nel trattamento con una dieta aclorurata, si deve tener presente che la somministrazione di miscele di sali (p. es., di Karlsbad o simili) o delle rispettive acque, rende illusoria la dieta aclorurata, sicchè si ricorra, in tali casi, al solfato di magnesio.

Particolare menzione meritano i rimedi con forte azione stimolante sul vago: fisostigmina, pilocarpina, colina che, se soli, vengono usati solo eccezionalmente ed il gruppo degli ormoni peristaltici (Hormonal, preparati di ipofisi). Con i tossici del vago, si deve considerare che essi non limitano la loro azione all'intestino e si deve quindi esaminare bene lo stato del circolo e ricordare che la loro azione sull'intestino non è del tutto innocua, a causa della possibilità di spasmi e di irregolarità della peristalsi che essi provocano. L'hormonal è caduto in disuso perchè può provocare « shock », ma anche i nuovi preparati del genere non sono affatto fidati.

fil.

Le perivisceriti digestive essenziali.

(J. BAUMEL e G. ROUX. *Archiv. des malad. de l'appar. digestif*, n. 9, tome 22).

Le periviscerili digestive, studiate dagli AA. rappresentano una sindrome anatomo-clinica, di causa sconosciuta, derivante da una modificazione di fissazione di uno o più segmenti del tubo digestivo, con esito in un disturbo del transit gastro-intestinale con tutte le sue conseguenze locali e generali. Lasciamo da parte la questione se si tratti di un'affezione acquisita o congenita, ed eliminiamo le periviscerili reazionali ad ogni infiammazione acuta o cronica dei visceri addominali. Ci limitiamo a quei casi nei quali i malati sono esaminati per un costituito stato morboso, senza che si sappia determinare l'accidente acuto iniziale o la sua causa cronica più o meno tardiva, poichè in genere questi disturbi si manifestano verso i venti anni. Sia che si considerino come il risultato di un'affezione attenuata del peritoneo (tbc. o sifilide) o come reazione cronica periviscerale di stasi intestinale, ovvero di un disturbo del simpatico addominale, queste manifestazioni sembrano acquisite.

Le periviscerili sono stati complessi, differenti, per l'origine, ma simili per la clinica.

La sindrome può nettamente individualizzarsi: di frequenza pari nell'uomo e nella donna, non si riscontra mai al di là dei 50 anni, in genere si manifesta fra i 20 e i 35. La sintomatologia digestiva differisce nei differenti casi: il predominio di aderenze a livello di questo o quell'organo, porta al predominio di sintomi gastrici o duodenali, o vescicolari od appendicolari. Nello stesso malato è frequente veder succedere manifestazioni differenti e lontane che possono imporsi per l'esistenza di più lesioni, coesistenza di un'appendicite, e di un'ulcera gastrica, ad es.: una semplice congestione locale, il periodo mestruale, la stipsi, gli eccessi alimentari, un trauma, sono spesso la base del cambiamento clinico. Occorre, per uno studio di dettaglio distinguere: periviscerili generalizzate, periviscerili localizzate.

Nelle periviscerili generalizzate, si ritrovano sempre disturbi funzionali gastrici ed intestinali con o senza l'elemento dolore sovrapposto, e disturbi dello stato generale. In nessun momento si notano segni patognomonici. La sintomatologia è sempre una sintomatologia d'insieme le cui varianti dipendono unicamente dalla topografia delle lesioni.

Disturbi gastrici: in genere l'appetito è diminuito, talora vi è nausea specie per i grassi. In altri casi l'appetito è capriccioso. Si ha senso di pienezza e di gonfiore all'epigastrio subito dopo i pasti; digestioni lente: talora senso di bruciore uno o due ore dopo il pasto, bruciore non legato ad ipercloridria: il succo gastrico è ipoacido o normoacido. Frequenti i vomiti alimentari in genere nei malati che hanno aderenze importanti senza che si possa parlare di vera stenosi. Vomito spesso e mai di cibi antichi.

Disturbi intestinali: variabile senso di pienezza e di dolore nella fossa iliaca destra; feci talora dure, stiptiche, di rado diarroiche ad indicare la frequente infiammazione della mucosa intestinale. Se le feci sono liquide vi si riscontrano particelle alimentari non digerite, e tuttavia il passaggio intestinale non è accelerato ma il più spesso ritardato. Verosimilmente questa mancanza di digestione è dovuta ad iposecrezione digestiva specie gastrica. Talora le feci sono fetide, ovvero gassose. I disturbi intestinali diarroici assumono aspetto tale, talora, da far pensare ad una tubercolosi intestinale.

Il dolore è talora importante: spesso è sensazione facilmente sopportabile, variabile come orario a seconda dell'organo in causa di cui tradisce il disturbo. In certi casi il dolore si produce violentemente e resiste alla morfina. Sintoma importante è anche la cefalea, in alcuni casi continua, comparente il mattino e persistente spesso fino alla sera. Allora più che dolore è una pesantezza al capo, non influenzata da alcun medicamento, nè da regime speciale; in genere si osserva nel corso delle periduodeniti con stasi duodenali. Qualche volta la cefalea è effimera, passeggera, di ordine anafilattico, comparente in seguito ad abuso alimentare, o stipsi.

Lo stato generale è sempre leso. Talora vi è febbre fra i 37°,8 e 38°. I rialzi termici si osservano in genere nel dopopranzo verso le cinque. La perdita di peso può raggiungere i 10-15 kgr. Il viso mostra più o meno accentuata una certa colemia, ma la formula sanguigna mostra che non sono degli anemici. L'astenia è considerevole. La tensione arteriosa è generalmente buona.

Nell'esame somatico in tutti si ritrova una lingua saburrale con alito piuttosto forte. L'addome è normale, spesso vi si notano cicatrici operatorie, quasi sempre per ablazione di appendici, o per disturbi gastrici che hanno fatto pensare ad un'ulcera che poi non si è trovata. Se in alcuni quest'atto operatorio ha portato un certo sollievo, nella maggior parte ciò non si verifica e talora anche prima dell'uscita dalla clinica i sintomi si sono aggravati, ed il malato sballottato tra medici e chirurgi è sempre disposto a nuovi interventi nella speranza di poter ottenere un qualsiasi miglioramento. Il plesso solare a livello della regione epigastrica è sensibile, talora doloroso alla pressione. Nell'ipocondrio sinistro non si rivela nulla; nell'ipocondrio destro il cieco è duro, gorgogliante, contratto, la regione cieco-appendicolare sempre dolorosa e ciò spiega le innumerevoli appendicectomie eseguite in questa categoria di malati, senza che essi per altro abbiano mai avuto episodi appendicolari acuti o subacuti o magari cronici. Non esiste la minima difesa ad-

dominale. Fegato e milza sono normali. Qualche volta la regione vescicolare è dolorosa. Le urine non contengono nè albumina nè zucchero. Le donne accusano mestruazioni penose e tutti i sintomi digestivi dei quali si lamentano subiscono una riacutizzazione nel corso delle regole. Quasi tutti questi malati sono degli antichi enterici, con salute delicata, senza lesioni nettamente definite.

Perivisceriti localizzate: l'andamento di queste è un poco differente; lo stato generale è poco colpito, il dimagramento meno pronunziato. Anche in questi malati specie negli appendicolari è facile constatare una elevazione termica. La sintomatologia varia a seconda la localizzazione e la lesione. Gli AA. hanno potuto individualizzare le tre forme cliniche seguenti:

La forma ceco appendicolare: con disturbi digestivi a predominanza gastrici con inappetenza più o meno pronunziata con gonfiore gastrico e talora vomito. Stipsi o fenomeni diarroici. Lingua saburrale, iperestesia del plesso solare. Ceco nettamente palpabile, a budino, con zona appendicolare francamente dolorosa.

Forma appendicolo-duodenale: con gli stessi segni intestinali, con accentuazione dei segni gastrici, e sintomi che tradiscono la difficoltà di evacuazione dello stomaco. Dolori tardivi, bruciore, vomiti più o meno regolari, spesso alimentari, talora liquidi. Alla pressione si riscontrano due zone nettamente dolorose all'infuori dell'iperestesia solare che si ritrova sempre, e cioè una zona dolente appendicolare, ed una zona sottoepatica nel crocicchio piloro-duodenale-vescicolare.

La forma duodenale pura è una rarità. Disturbi puramente gastrici, bruciori, vomiti, emicranie frequenti scomparenti rapidamente dopo il vomito. L'esame clinico all'infuori dell'iperestesia del plesso solare non rivela che una zona dolorosa, piloro-vescico-duodenale.

Radiologicamente cosa si ritrova?

A carico dello stomaco: tutti i tipi di stomaco si possono ritrovare nelle perivisceriti, dallo stomaco normale, ortotonico allo stomaco ptosico, dilatato, ipotonico. Nel primo caso contrazioni peristaltiche normali, nel secondo caso scarse. Con la pressione davanti allo schermo si risveglia iperestesia solare a livello della linea che va dall'appendice xifoide all'ombelico. La maggior parte dei segmenti gastrici ha la mobilità conservata, salvo casi eccezionali nei quali aderenze periviscerali blocchino la grande curvatura. Frequentemente il piloro è immobilizzato e spesso è portatore di una incisura.

Le lesioni a livello della regione duodenale sono le più frequenti: la sede di predilezione è la seconda porzione. Il bulbo più o meno mobile è spesso sensibile: quasi sempre deformato, spesso nel suo insieme, talora in una delle sue faccie, non presenta mai deformazioni ricordanti la nicchia di Haudek. Il passaggio attraverso l'angolo superiore del duodeno si effettua difficilmente. I contorni del duodeno sono sfioccati, il calibro dei diversi segmenti è irregolare ed alternato. Il segno radiologico patognomonico più facile a constatare è, nella periviscerite duodenale, la immobilità quasi completa del segmento colpito. Per eliminare la possibilità di una colecistite o di una pericolecistite può rendersi necessaria una colecistografia od un sondaggio duodenale.

Il transito attraverso il tenue si effettua normalmente: non è raro trovare un certo ritardo nelle anse dell'ileo. In altri casi il ritardo è appena marcato e dopo dodici ore si mostra l'ultima ansa, con calibro spesso irregolare specie in vicinanza del cieco, tanto da far assumere un aspetto moniliforme. Il bordo esterno dell'ileo è più o meno accollato al bordo interno del cieco: la loro dissociazione difficile è dolorosa sempre. Alcuni AA. hanno recentemente voluto considerare la stasi ileale come un segno di appendicite cronica: ciò non è conforme a verità poichè la stasi ileale è unicamente dovuta alla periviscerite così frequente nelle appendiciti croniche e non alla lesione appendicolare di per sè.

Per quanto riguarda il grosso intestino: il cieco, mentre alla sesta ora dopo il pasto dovrebbe essere visibile, non lo è: quasi sempre bisogna attendere l'ottava, la nona ora, ed allora il ceco-ascendente si vede di forma normale ovvero presenta un aumento di volume di tutti i suoi diametri. L'angolo epatico è in buona posizione. La fossa iliaca destra è dolorosa alla pressione, ed il dolore ha sede in pieno cieco. Il cieco è poco mobilizzabile. L'appendice non è quasi mai visibile spontaneamente. Il colon trasverso, il discendente sono più o meno mobili a seconda dell'estensione della periviscerite. Spesso si nota uno stato spastico del colon sinistro. Esistono disturbi del transit colico quasi sempre ritardato talora in proporzioni considerevoli, ritardo locale e ritardo generale.

Dal punto di vista dell'evoluzione, la periviscerite è una malattia cronica che evolve per anni con diversi periodi: un primo periodo di installazione che può essere molto lungo e nel corso del quale il malato passa da un medico all'altro. Un secondo periodo nel quale lo stato generale e lo stato locale restano stazionari, spesso per numerosi anni. Dopo un tempo più o meno lungo la malattia evolve bruscamente, più o meno, verso la guarigione spontanea o provocata. Raramente evolve verso un aggravamento verso la cachessia. Spesso compaiono dei disturbi psichici che prendono una certa importanza nel periodo di stato della malattia ovvero nel periodo terminale.

Diagnosi: considerando il grande numero di malati operati di un'appendicite cronica e che presentano gli stessi disturbi dolorosi e digestivi dopo l'intervento, sembra che la diagnosi di periviscerite presenti grandi difficoltà: ed è appunto con la appendicite cronica che deve

essere discussa una diagnosi di affezione dolorosa cronica della fossa iliaca destra. La colecistite cronica e la peritonite tubercolare debbono anche essere considerate. Si può ammettere che i disturbi funzionali del colon prossimale, le tifliti croniche, le dispepsie cecali, i ceco dolorosi, dilatati o mobili, i vizi di posizione del ceco ascendente, del trasverso e del loro angolo, appartengono in clinica alle perivisceriti destre. Raggruppati così sotto una denominazione forse impropria, sono la manifestazione anatomo-clinica di un disturbo morfologico la cui causa è unica da contrapporsi all'appendicite cronica d'*emblée* che ha una esistenza propria e speciali manifestazioni. Per la diagnosi delle due affezioni è indispensabile uno studio comparato dei segni clinici e radiologi. Dai disturbi funzionali non bisogna aspettarsi un quadro tipico dell'appendicite. Forse i sintomi dolorosi localizzati, spontanei, predominano nelle perivisceriti, mentre le nausee, i vomiti ribelli, sono più frequenti nelle appendiciti croniche: il dolore spontaneo dell'addome è effettivamente raro nell'appendicite cronica; si ritrova in situazione paradossa (epigastrio, ombelico) nei fanciulli. Però non si sono visti casi di perivisceriti al disotto dei quindici anni. È importante l'esame del malato: un'appendice cronicamente infiammata si accompagna sempre ad una reazione di difesa del piano muscolare sovrastante, ma spesso questo bisogna ricercarlo con cura comparando la tonicità delle pareti delle due fosse iliache: il dolore non determina mai un accenno di difesa nelle perivisceriti. Altro sintoma di valore è dato dallo studio del dolore provocato. Nel corso dell'appendicite non si tratta della zona diffusa dalla periviscerite, ma di un punto ben localizzato, determinato dall'estremo del dito, che si ritrova subito e che è accompagnato non solo da una certa difesa muscolare locale, ma anche da un movimento di difesa della coscia destra, e talora da un riflesso da nausea. La fissità di questo punto si ritrova sia nel decubito laterale sinistro che nel laterale destro. Insomma: fissità nella localizzazione, fissità nella posizione, fissità nel tempo, nello stesso malato, soltanto, la sede intrinseca di questo punto doloroso varia da un soggetto all'altro; non è possibile dire che esso corrisponde a questo o a quel punto classico del dolore appendicolare, esso varia con la posizione dell'organo, variabile essa stessa con il variare degli individui. Infine la probabilità di un'appendicite cronica si trasforma in certezza per la corrispondenza esatta di questo punto doloroso addominale con la sede dell'appendice vista allo schermo. Insomma quasi tutti i segni dati come patognomonici dell'appendicite cronica, sono comuni alla periviscerite del crocicchio ileocecale.

Allorchè le reazioni periviscerali predominano a livello della regione duodenale, la diagnosi è da farsi tra la periviscerite essenziale e le reazioni periviscerali di origine vescicolare od ulcerosa: l'anamnesi, l'esame radiologico, sono sufficienti alla discriminazione (studio attento dell'orario del dolore, calecistografia, sondaggio duodenale, periodi di tregua, seriografie, ecc.).

Cura medica patogenetica: tentare di prevenire le aderenze, tentar di far scomparire quelle formate. È utile l'eter-benzilcinnamico in soluzione al 4 % (12 punture sottocutanee e per sei-sette serie con riposo di 15 giorni dopo ogni serie). Agenti fisici (elioterapia — se non c'è febbre — ultravioletti, controindicati nella febbre; infrarossi: diatermia eccellente specie nelle forme localizzate e dolorose).

Terapia generale: per migliorare lo stato generale, per combattere i disturbi digestivi, ecc.

Trattamento chirurgico: operare le lesioni interamente e raffreddate da lungo tempo. Si potrebbe dire che vanno operate le « sequele delle perivisceriti ».

Schematizzando la condotta che il medico deve tenere nella terapia delle perivisceriti: anzitutto, in tutti i periviscerititici, eccezione fatta per i casi che presentano una sindrome occlusiva acuta, bisogna ricorrere al trattamento medico con tutte le sue varianti, continuato per settimane, per mesi, per anni.

L'intervento chirurgico non deve essere consigliato che allorquando il trattamento medico non ha portato alcuna utilità, il processo aderenziale è fisso, è raffreddato. Realizzato l'atto operatorio, la terapia medica riprende i suoi diritti. Ogni intervento è controindicato nelle forme puramente dolorose.

MONTELEONE.

Le occlusioni intestinali consecutive all'operazione di appendicite a caldo.

(SABADINI. *La Presse Médicale*, 12 ag. 1933).

L'A. prendendo occasione da alcuni casi verificatisi nel suo reparto, fa delle considerazioni sulle forme cliniche dell'occlusione intestinale che possono prodursi in seguito ad operazione di appendicite a caldo e sul relativo trattamento.

La complicazione in esame non è rara; secondo la statistica di Körte, che riassume vent'anni di esperienza chirurgica, essa rappresenta il 18 % delle occlusioni intestinali e si produce nel 2 % del decorso post-operatorio delle appendiciti; specialmente in quei casi che hanno richiesto l'uso del drenaggio. Però, fa osservare l'A., tali percentuali sarebbero più alte se tutti i casi osservati fossero pubblicati. La mortalità è alta, raggiungendo il 50 %, secondo Lenormant.

Forme cliniche. — L'intervallo che separa l'intervento e il manifestarsi dell'occlusione può notevolmente variare; vengono così distinte le occlusioni post-operatorie *recenti* e quelle *tardive;* queste forme variano anche per il meccanismo patogenetico.

Forme precoci. — Si manifestano nelle prime ore o nei primi giorni che seguono l'intervento; si tratta di occlusione meccanica o di occlusione paralitica.

L'occlusione meccanica è prodotta dall'agglutinazione delle anse, dovuta alla continuazione, sia pure in modo attenuato, del processo peritonitico. Dopo un passeggero miglioramento si manifesta con una ripresa dei dolori addominali, a tipo di colica, che divengono sempre più intensi e si succedono a intervalli gradualmente più brevi. Questi dolori, iniziatisi nella fossa iliaca destra, si diffondono alla zona periombelicale; contemporaneamente si ha un rialzo termico e il polso s'accelera, mentre il ventre rimane chiuso. Si ha meteorismo mediano, peri- e sotto-ombelicale accompagnato, di tanto in tanto, da onde peristaltiche.

La seconda forma d'occlusione precoce, l'occlusione paralitica, è l'espressione clinica della paralisi della muscolatura intestinale, causata dalle tossine prodotte dai germi presenti nel peritoneo. Si stabilisce insidiosamente, senza sintomatologia acuta: dopo l'intervento l'alvo rimane chiuso, il polso un po' frequente; successivamente compare il meteorismo, a sede periombelicale, ma senza dolori e senza alterazione dello stato generale. Nei giorni che seguono il meteorismo si diffonde, diviene enorme; compare dispnea, aumenta la frequenza dal polso. Poi, gradualmente, si manifesta l'intossicazione stercoremica e l'alterazione dello stato generale che, in questa forma, si mantiene discreto a lungo.

Forme tardive. — L'occlusione che compare qualche mese o anche parecchi anni dopo l'intervento è di origine meccanica. È dovuta all'origine di briglie peritoneali cicatriziali che strozzano o gomitano l'intestino e non si differenzia clinicamente dalle altre occlusioni prodotte dal medesimo meccanismo. Solamente, l'anamnesi del paziente registra in un passato che può anche essere remoto, un'appendicectomia a caldo, seguita da drenaggio. Alla laparotomia si nota che le briglie peritoneali si originano dalla regione ileo-cecale e si dirigono verso la porzione terminale del tenue.

Trattamento. — Nella forma precoce d'occlusione, dovuta a paralisi tossica delle fibre muscolari intestinali nell'ileo paralitico, cioè, si avranno buoni risultati con la somministrazione di peristaltina e di ipofisina, allo scopo di risvegliare la muscolatura intestinale. Per combattere la cloropenia, che s'inizia rapidamente nell'occlusione e che tanta importanza ha nel mantenerla, si inietteranno per via endovenosa, due-tre volte al giorno, 20 cmc. di soluzione salina ipertonica (al 20 %) e si praticherà la rettoclisi con la medesima soluzione.

Nell'occlusione meccanica tardiva, per briglie, il trattamento è chirurgico; la laparotomia mediana permetterà di rimuovere l'ostacolo e di provvedere alle eventuali lesioni dell'intestino.

Anche nell'occlusione meccanica recente per agglutinazione delle anse il trattamento è chirurgico. Gli interventi si possono raggruppare in quattro tipi: disagglutinazione delle anse attraverso la breccia operatoria preesistente o un'incisione mediana; l'ano cecale attraverso l'incisione appendicolare; ano sulla parte distale dell'ileo attraverso un'incisione mediana; entero-anastomosi. L'A., dopo aver esaminati i vantaggi e gli svantaggi dei singoli metodi, si dichiara favorevole alla disagglutinazione delle anse attraverso la breccia operatoria preesistente. Non si tratta di un intervento elegante o brillante; ma di un intervento semplice, facile ed efficace. L. FERRETTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

K. SCHNEIDER. *Probleme der Klinische Psychiatrie.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo M. 2,60.

Piccolo volume nel quale sono esposte alcune quistioni riguardanti l'etiologia delle psicosi.

L'argomento è trattato con acume e con vedute originali pur tenendo conto delle più recenti acquisizioni fisiopsicologiche. DR.

P. CARNOT. *Leçons du dimanche.* Editori J. B. Baillière et Fils, Parigi. Prezzo Fr. 50.

È la terza serie di lezioni dettate alla Clinica Medica dell'Hôtel-Dieu dai Proff. Carnot, Sainton, Halbron, Rathery, Hartmann. Stevenin, Terrien, Harvier, Tiffeneau, Cunéo.

Gli argomenti sono del maggiore interesse e sono trattati in modo da mettere al corrente il medico pratico sulle questioni che sono all'ordine del giorno nei campi più varî della medicina. DR.

A. PEDRO-PONS. *Anales de la Clinica Médica A.* Prezzo pesetas 25. Editorial Cientifico Médica, Barcellona.

Raccolta di interessanti lavori eseguiti sotto la direzione del Prof. Pedro-Pons nella Clinica Medica di Barcellona durante il biennio 1931-1932 da varî ricercatori.

Si tratta di lavori clinici, anatomo-patologici, batteriologici, chimici e radiologici su argomenti varî: sulle malattie epato-spleniche, su infezioni, sulla patologia cardiovasale, sul sangue, sulle tubercolosi, sul sistema nervoso, sulle glandole endocrine, ecc.

Numerose figure illustrano il testo. DR.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XXXIX Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Pavia, 18-21 ottobre 1933).

(*Continuazione e fine; v. num. precedente*).

Seduta pomeridiana - 19 ottobre.

Presidenza: Prof. PRETI.

Comunicazioni.

V. LANDOLFI (Napoli). — *Il siero di vena renale di capra nella cura dell'uremia.* — In alcuni casi di uremia, a prevalente tipo azotemico, ribelli a tutte le altre risorse terapeutiche, l'O. si è avvalso largamente delle iniezioni sottocutanee di siero di vena renale di capra. In un caso gravissimo con anuria completa bastò una sola iniezione di 20 cmc. di detto siero per ristabilire una immediata ed abbondante diuresi con miglioramento sensibile della vasta ed importante fenomenologia. Negli altri casi occorse iniettare per altri due giorni consecutivi almeno la medesima dose. L'O. ha in corso delle ricerche sperimentali sul meccanismo di azione del detto siero.

ROMANIN (Trieste). — *La pressione venosa nelle malattie renali.* — Da ricerche in proposito eseguite l'O. può concludere che pur non apportando lo studio della pressione venosa nelle malattie renali, un reale contributo pratico, nè un indice sicuro sulla diagnosi e sulla prognosi, tuttavia esso può essere preso in considerazione nella valutazione clinica di alcune forme cliniche in rapporto allo stato di efficienza cardiaca. Ciò particolarmente quando il complesso dei dati anamnestici, generali e funzionali non è sufficiente a stabilire o ad escludere se nel quadro generale della malattia prevalgano i fattori renali o quelli extrarenali.

G. DOGLIOTTI (Firenze). — *Andamento inverso della pressione arteriosa e della pressione venosa col crescere dell'età.* — L'O. con metodo diretto cruento ha determinato la pressione venosa in una cinquantina di individui di varia età, ha riscontrato che mentre la pressione arteriosa cresce con la età, la pressione venosa invece va gradatamente diminuendo.

L'O. ritiene che ciò sia da interpretarsi come dovuta prevalentemente in tale età delle resistenze del circolo periferico e specialmente del sistema capillare analogamente a quanto si verifica nella ipertensione arteriosa essenziale, in cui sia dall'O. sia da altri ricercatori venne riscontrata una pressione venosa normale o anche leggermente inferiore alla norma.

A. LUISADA e T. AQUINO (Napoli). — *Ricerche cliniche sulla glicoscialia.* — Gli OO. hanno svolto una serie di ricerche sul contenuto di glucosio della saliva dei soggetti normali e dei diabetici. Essi hanno usato per il dosaggio sempre un micrometodo ed hanno ricorso a particolari dettagli di metodica che espongono.

Nella saliva dei soggetti normali esiste del glucosio; questo aumenta quando si aumenta la glicemia facendo una prova di carico o iniettando adrenalina o morfina. Quasi sempre però l'aumento è proporzionalmente assai superiore a quello della glicemia.

Il confronto tra saliva normale, saliva vagale (ottenuta con pilocarpina), saliva prevalentemente simpatica (dopo atropina), dimostra una lieve prevalenza del glucosio nella saliva simpatica.

La florizina dà un forte aumento della glicoscialia.

La saliva dei diabetici contiene per lo più maggior quantità di glucosio di quella dei normali, in rapporto al livello più elevato della glicemia, ma senza che vi sia nessuna proporzionalità tra le due cifre.

Gli OO. concludono negando l'esistenza di una soglia di eliminazione del glucosio a livello delle ghiandole salivari e affermando un costante processo di secrezione.

S. MAUGERI (Parma). — *Sul significato dei cristalli di ossalato di calcio nel sedimento urinario.* — La presenza di cristalli a busta di lettera (ossalato di calcio) nelle urine veniva ordinariamente considerata come una alterazione del metabolismo ossalico e designata col nome di ossaluria. La maggior parte degli AA. considerano ancora questi cristalli come segno di aumentata eliminazione di acido ossalico.

Nelle sue esperienze ha voluto vedere se esiste un netto rapporto tra la quantità di acido ossalico e di calcio delle urine e la presenza di cristalli nel sedimento urinario. Nelle sue determinazioni ha adoperato il metodo di Maugeri per l'acido ossalico e quello di Kramer e Tisdal per il calcio. Nel sedimento urinario ha cercato i caratteristici cristalli a busta di lettera ed in casi di dubbio si accertava dell'identità di questi con l'aggiunta di acido acetico e poi di acido cloridrico (i cristalli di ossalato calcico sono insolubili in acido acetico e solubili in acido cloridrico). Le esperienze furono condotte su 150 individui posti a dieta comune, sulle urine delle 24 ore e per tre giorni consecutivi.

I risultati dimostrano che nei casi in cui il sedimento urinario conteneva cristalli di ossalato di calcio si aveva un tasso di calcio urinario molto elevato, mentre il tasso ossalico non presentava alcunchè di caratteristico (talvolta molto basso, qualche volta alto).

Le ricerche permettono di affermare che la presenza di cristalli di ossalato di calcio nelle urine indica, più che una grande eliminazione di acido ossalico, una intensa eliminazione di calcio.

Seduta antimeridiana - 20 ottobre.

(in comune col XL Congresso di Chirurgia).

Presidenza: Proff. ALESSANDRI e FERRATA.

Le malattie da lesioni delle paratiroidi

PARTE MEDICA.

Relazione del Prof. P. SISTO (Modena).

(*Conclusioni*).

Lo studio delle sindromi provocate da alterazioni anatomiche e funzionali delle ghiandole paratiroidee, sia dal lato fisiopatologico quanto da quello clinico, è ancora in evoluzione e nessuna

delle questioni che ad esso si collegano, nonostante i numerosissimi contributi degli ultimi anni, ha avuto finora la sua definitiva soluzione.

L'orientamento degli studi, fino a pochi anni fa essenzialmente clinico e anatomopatologico, è ora rivolto in prevalenza al campo biochimico. Ad essi un contributo molto valido è stato portato per una parte dalla patologia sperimentale e per altra parte, in tempi recentissimi, dalla clinica operativa.

Nel campo sperimentale alle indagini iniziate con profondo senso critico dalla Scuola del Vassale e ininterrottamente condotte per molti anni sugli effetti anatomici e clinici della asportazione più o meno estesa e più o meno graduale delle paratiroidi, si sono aggiunte negli ultimi tempi quelle sugli effetti biochimici e specialmente sui ricambi minerali con particolare riguardo al calcio e al fosforo, sia della asportazione delle ghiandole che della introduzione di estratti sempre meglio elaborati di esse.

Le sindromi cliniche e sperimentali dovute ad alterazioni della funzione paratiroidea si possono riunire in due grandi gruppi: quelle da ipoparatiroidismo e quelle da iperparatiroidismo.

* * *

Nei riguardi dell'ipoparatiroidismo, dal relativo capitolo deve ormai essere eliminata una parte della casuistica di diverse forme di tetania e con esse anche di varie forme di affezioni contrassegnate da ipereccitabilità neuromuscolare come la corea, l'eclampsia gravidica, l'epilessia, la miotonia congenita di Thomsen, la paralisi agitante, la mioclonia, che vari ricercatori vollero un tempo mettere in conto di alterazioni delle paratiroidi e che con queste nulla hanno che fare, anche se qualche Autore cerchi di tanto in tanto di riesumare tali vedute.

È prematura ogni conclusione, sulla ipotesi avanzata da qualche Autore che l'ipoparatiroidismo, per le sue conseguenze sul tono muscolare, sia la causa della malattia di Dupuytren.

Restando al puro campo della tetania, si rileva che mentre essa è sicuramente conseguenza della soppressione più o meno completa delle paratiroidi, anche se qualche voce contraria qualche volta ancora si leva a tale concezione, nei casi, ormai ridotti a pochi, in cui nelle operazioni sulla ghiandola tiroide insieme con questa si asportano o ledono gravemente più paratiroidi e in una serie di casi relativamente limitata, in cui esiste un processo patologico grave ed esteso delle paratiroidi, come tumori maligni, tubercolosi caseosa o processi infiammatori di altra natura, emorragie, atrofia da compressione, mancanza congenita delle paratiroidi, ecc., vi sono ancora molti casi in cui tali condizioni non si realizzano o non si dimostrano.

L'insufficienza paratiroidea si manifesta con:

1) ipereccitabilità neuromuscolare con tutti i ben noti sintomi di Chvostek, Trousseau, Hoffmann, Erb, Chvostek jun, v. Frankl-Hochwart, Lust, Schlesinger, Poel, ecc.;

2) aumento della cronassia dei nervi e dei muscoli;

2) diminuzione del calcio del siero di sangue;

4) aumento dei fosfati inorganici del siero di sangue;

5) alterazioni trofiche dei denti, delle ossa, ritardo della consolidazione delle fratture, caduta dei peli, cataratta.

Queste conseguenze si possono pure osservare, ma in modo meno evidente e completo quando la funzione paratiroidea è soltanto depressa per asportazione o alterazione parziale delle ghiandole e si ha allora una sintomatologia di ipoparatiroidismo latente che può o meno rendersi palese in seguito ad intervento di varie cause.

La tetania, espressione di una ipereccitabilità neuro-muscolare, oltrechè nei casi di constatata abolizione o forte riduzione della funzione paratiroidea, si può avere in varie altre condizioni sperimentali e cliniche e cioè come:

tetania della prima infanzia;
» idiopatica degli adulti;
» postrachitica;
» da iperventilazione;
» da bicarbonati;
» da fosfati.

Mentre nella tetania della prima infanzia, almeno in un certo numero di casi si rilevano alterazioni, in genere emorragie o esiti di esse nelle paratiroidi, non sufficienti tuttavia a spiegare la sindrome in ogni caso, mentre per la tetania idiopatica degli adulti si può ancora ammettere per quanto in modo non esauriente dimostrata una insufficenza paratiroidea, in tutte le altre forme ogni ricerca diretta a dimostrare la dipendenza dalle paratiroidi è fallita.

Lo studio biochimico del sangue in tutte le varie forme di tetania ha però portato alla conoscenza di una alterazione del ricambio che ha conseguenze a tutte comuni, l'alcalosi del sangue.

Nelle forme paratiroidee è a diminuzione del calcio del siero di sangue, che può essere di intensità molto varia nei singoli casi, con l'aumento dei fosfati inorganici, quella che fa deviare maggiormente verso l'alcalosi la reazione del sangue.

Nelle altre forme sono cause biochimiche diverse. Nella tetania da iperventilazione polmonare e da decarbonizzazione, come pure in quella respiratoria neurotica che si osserva nell'encefalite e nell'isterismo, e in quella che accompagna le malattie da infezione come l'influenza o il tifo, la causa è da ricercarsi nella alterazione del chimismo ematico con « deficit » di CO_2 e conseguente aumento del pH, essendo la calcemia normale o magari lievemente aumentata. Nella tetania gastrica per occlusione del piloro o del tenue, la causa è da ricercarsi nell'alcalosi per accumulo di bicarbonato nel sangue per perdita di cloruri col vomito; così pure la tetania per introduzione di dosi eccessive per bocca o per endovena di bicarbonato. Infine la tetania da introduzione di fosfati nel siero nel digiuno, pure quanto in essa entrino vari altri fattori, è dovuta a diminuzione della calcemia e conseguente alcalosi.

Più difficile è la interpretazione della tetania infantile consecutiva a rachitismo: essa pure è in rapporto con una alterazione del ricambio che dalla acidosi rachitica con ipofosfatemia passa alla alcalosi che interviene pare per influenze stagionali, specialmente per azione dei raggi solari primaverili, nel senso che si stabilisce col guarire del rachitismo una iperfosfatemia con deionizzazione del calcio, diminuzione del rapporto Ca:P, essendo il calcio impiegato nlla guarigione delle ossa.

Quindi la causa fondamentale della tetania è l'alcalosi del sangue che può o non essere prodotta dalla deficienza della funzione paratiroidea. Si debbono perciò ritenere superate le teorie che imputavano la tetania paratireopriva ad intossicazione per parte di amino-basi metil- e dimentilguanidina, neurina, colina ecc. assorbite dall'intestino.

Così pure la tossicosi guanidinica, sulla quale molto si è discusso in tempi recenti, per quanto abbia in comune una parte della sintomatologia, non si può identificare con la tetania paratireopriva e alle praatiroidi non è da riconoscersi alcun effetto neutralizzante sulla guanidina e suoi derivati.

Gli esiti della terapia delle varie forme di tetania confortano questo modo di vedere. Infatti noi sappiamo che la tetania può essere vinta da tutti quei mezzi che spostano il rapporto calcio-fosforo nel senso di diminuire i fosfati inorganici, aumentando il calcio, dalla somministrazione di estratti delle paratiroidi che aumentano la calcemia, da somministrazione di lattato o gluconato di calcio, o pure anche di lattosio o di destrosio che agiscono abbassando il contenuto in fosforo inorganico del sangue (il che non succede col galattosio), di cloruro di ammonio che produce acidosi e così via, in genere da tutte quelle condizioni esogene o endogene che modificano in senso acidotico il ricambio intermedio, come l'intossicazione alimentare del lattante, la nefrite, il digiuno ecc.

* * *

Il capitolo dell'iperparatiroidismo, condizione opposta a quella precedente, è andato formandosi in tempi assai più recenti; tuttavia anch'esso deve essere sfrondato da sindromi che alcuni tendono ad introdurvi con assai dubbia e insufficiente documentazione.

Nel campo sperimentale si è cercato di riprodurre la condizione dell'iperparatiroidismo dapprima con innesti, che fin dal tempo delle classiche esperienze del Pepere si sono dimostrati di attività e di vitalità limitata pur riuscendo per un certo tempo ad evitare la grave sindrome consecutiva ad asportazione delle paratiroidi, tanto che i tentativi hanno avuto anche la loro pratica applicazione in clinica talora con successo; in tempi più recenti con estratti variamente allestiti di ghiandole paratiroidi. Questi e primo fra tutti per la maggior diffusione dell'uso il paratormone di Collip, se sono capaci di sostituire fino ad un certo punto le paratiroidi, non possono certamente paragonarsi nel loro effetto del tutto alla funzione delle ghiandole stesse, l'estratto di un organo non essendo il secreto dell'organo e più di tutto la tecnica di estrazione con acido cloridrico al 5 % per 30-60 minuti a 100° C. alterando notevolmente i principii dell'organo stesso; senza tenere poi conto del fatto di recente dal Blum messo in luce, che nelle ghiandole paratiroidi si troverebbe non l'ormone ma un prestadio di esso, ormogeno che solo all'infuori dell'organo in qualche parte sconosciuta del corpo verrebbe attivato ed allora comparirebbe in circolo come ormone completo.

L'iniezione quindi di questi estratti non può identificarsi in modo completo ad una sindrome di iperparatiroidismo.

Questa è contrassegnata da:

1) diminuzione della eccitabilità neuromuscolare;

2) diminuzione della cronassia dei nervi e dei muscoli;

3) aumento del calcio del siero;

4) diminuzione dei fosfati inorganici del siero (non costante).

Nel campo sperimentale l'introduzione degli estratti paratiroidei fatta con varie modalità e dosaggi, in molte specie animali produce in genere e con maggiore evidenza negli individui giovani in via di accrescimento:

1) alterazioni ossee particolari con fenomeni di decalcificazione, di riassorbimento osseo, di sostituzione fibrosa del midollo all'esame istologico, di diminuzione del residuo secco, del calcio delle ceneri all'esame chimico;

2) congestione e emorragie nei vari visceri;

3) deposizioni calcaree più o meno estese nei vari organi;

4) aumento del calcio totale del siero, in misura diversa della frazione diffusibile e di quella non diffusibile a seconda dei casi;

5) diminuzione meno costante dei fosfati del siero;

6) morte in acidosi.

La vitamina D, come del resto in parte anche la esposizione ai raggi ultravioletti produce effetti molto simili, ma non identici a quelli dell'estratto paratiroideo, aumento del calcio del siero, miglioramento o anche scomparsa della tetania paratireopriva e spesso anche della tetania infantile, più rapida recalcificazione delle ossa dopo asportazione di un tumore paratiroideo nella osteitofibrosocistica.

Non tutti gli effetti dei vari preparati di vitamina D tipo ergosterina irradiata, come ad es. quelli tossici e le calcificazioni metastatiche, sono imputabili alla vitamina D in essi contenuta, ma anche a prodotti secondari della irradiazione dell'ergosterina.

Un iperdosaggio di ergosterina irradiata ha effetti simili a quelli dell'iperdosaggio con estratto paratiroideo, ma alcuni reperti di rarefazione delle ossa con ipercalcificazione in altri punti richiamano nel primo caso l'osteite deformante di Paget piuttosto che l'osteite fibrosocistica come nel secondo.

Non è sicuramente dimostrato, per quanto alcuni reperti sembrino appoggiare tale ipotesi, che la vitamina D agisca stimolando la funzione delle paratiroidi e l'uso di essa possa provocare negli animali una proliferazione adenomatosa delle paratiroidi. Il fatto che gli effetti curativi del rachitismo, come pure l'aumento della calcemia, si possono avere anche in animali paratiroidectomizzati, non contraddice a questo modo di vedere poichè data la diffusione talora grande e quasi costante del tessuto paratiroideo in sedi anche lontane dalla regione tiroparatiroidea non si è sicuri mai di avere fatto una asportazione completa di tale tessuto con la paratiroidectomia. Forse gli insuccessi clinici degli agenti antirachitici che di solito sono efficaci, come l'olio di fegato di merluzzo o l'ergosterina irradiata, sono da riferirsi a insufficienze paratiroidee larvate.

Nel campo clinico umano fra le sindromi iperparatiroidee tiene attualmente il primo posto l'osteite fibrosocistica di Recklinghausen.

Allo studio di questa malattia ha portato un importantissimo contributo nell'ultima decade la chirurgia con una cinquantina di casi di intervento sulle paratiroidi che si sono aggiunti e ne

hanno completato la conoscenza a quelli prima studiati con reperto di autopsia.

È necessario nei riguardi di questa malattia liberare il campo da una casuistica studiata in modo incompleto e incompletamente riferita, nella quale certamente sono state spesso confuse forme cliniche diverse come la malattia di Paget che pure con questa ha notevoli rapporti, l'osteopsatirosi, l'osteomalacia, l'osteopetrosi o malattia delle ossa di marmo e anche tumori delle ossa.

Base della malattia si riconosce oggidì, non senza contrasti, l'iperfunzione delle paratiroidi sostenuta da uno, di rado da più adenomi, tumori benigni funzionanti delle paratiroidi, o pure anche per quanto più di rado da una iperplasia diffusa di tutte le paratiroidi, o da focolai proliferativi in esse.

Nella sintomatologia della malattia vi sono tutte le note sopra ricordate dell'iperparatiroidismo sperimentale, vi è di regola l'aumento del calcio del siero, una forte eliminazione del calcio con l'orina con bilancio in netta perdita, diminuzione dei fosfati del siero.

L'asportazione chirurgica di uno di più adenomi ha portato quasi senza eccezione a miglioramento dei vari sintomi, per quanto di una vera guarigione non si possa parlare.

L'asportazione di una o più paratiroidi ipertrofiche o anche riconosciute di aspetto normale ha in qualche caso migliorato la sintomatologia. In tutti i casi operati si ebbe dopo la paratiroidectomia una improvvisa caduta del calcio del siero, spesso a valori subnormali, diminuzione della calciuria, aumento dei fosfati del siero.

È ancora assai discutibile nella sua genesi l'effetto benefico riferito in qualche raro caso con un intervento sulla regione del collo riuscito puramente esplorativo senza asportazione di tessuto paratiroideo o pure nel quale vennero soltanto legati i vasi arteriosi tiroidei.

A questo riguardo si deve osservare che sperimentalmente la diminuzione della calcemia con le sue conseguenze si può anche osservare in seguito a vari interventi chirurgici come resezione parziale della tiroide, resezione delle arterie tiroidee, resezione del simpatico periarterioso anche in regioni lontane dal collo.

La irradiazione profonda della regione del collo in qualche caso ha portato a miglioramento della osteite fibrosocistica. Meno convincenti sono alcuni rari casi in cui il miglioramento è riferito a cura con ergosterina irradiata o con innesto di ovaia o anche di paratiroide.

L'ingrandimento delle paratiroidi si può trovare anche in molte altre malattie delle ossa come in singoli casi di osteomalacia, malattia di Paget, rachitismo ecc., ed allora interessa in modo uniforme tutte le paratiroidi. In queste malattie però esso ha un significato diverso da quello della malattia ossea di Recklinghausen e deve essere interpretato come conseguenza non come causa dello stato morboso, probabilmente nel senso che la decalcificazione delle ossa stimola le paratiroidi a maggiormente secernere per compnsare le perdite di calcio. L'asportazione di una o anche di più paratiroidi in questi casi non ha alcun benefico effetto anche se può riuscire innocua.

Nel gruppo delle sindromi iperparatiroidee sono state comprese di recente da qualche A. alcune forme morbose sulle quali verte oggidì più animata la discussione, con la conseguenza pratica di sottoporre gli ammalati ad interventi operativi sulle paratiroidi.

In prima linea fra queste affezioni deve essere annoverato il reumatismo cronico anchilosante e con esso spesso confuse in modo quasi indecifrabile varie affezioni articolari che dovrebbero essere bene distinte come ad es. l'artrite cronica deformante.

Il sintomo sul quale si sono fondati per la loro concezione questi Autori è l'aumento del calcio del siero. Ora questo in realtà si osserva solo in un certo numero di casi con percentuale molto varia secondo i vari ricercatori. Studi recenti anche personali portano a riconoscere tale aumento molto raro e in cifre assai modeste, vari Autori parlando di ipercalcemia con cifre che gli altri ritengono nei limiti della norma. Mancano poi di regola in queste varie forme artritiche tutte le altre note dell'iperparatiroidismo.

Per iniziativa della Scuola Russa dell'Oppel, è stata tentata da vari chirurghi l'asportazione di una o più paratiroidi in forme diverse di artrite cronica con prevalenza del reumatismo cronico anchilopoietico.

Gli effetti riportati si limitano in ogni caso a una diminuzione dei dolori più o meno temporanea e ad una diminuzione della rigidità muscolare che permette un lieve aumento della motilità là dove non sono ancora stabilite le anchilosi.

Degno di essere sottolineato il fatto che sui 31 casi operati dall'Oppel (ora saliti a più di 50) l'esame microscopico in 10 dimostrò che non si era asportato affatto tessuto paratiroideo ma solo pezzi di tiroide e in 20 delle paratiroidi più piccole della norma.

Considerando che miglioramenti si osservano molto spesso nel decorso delle artriti croniche sia per spontanee remissioni, sia in seguito a numerosi interventi terapeutici di vario genere, come bagni medicati o non, di luce, proteinoterapia, vaccinoterapia, metalli colloidali, solfoterapia, piretoterapia e persino con iniezioni di estratti paratiroidei, che i risultati della soppressione delle paratiroidi in tali casi sono temporanei, che essi furono anche osservati quando le paratiroidi non vennero asportate o in cui fu fatta una semplice pennellatura della regione scoperta con isofenolo, che il lieve aumento del contenuto in calcio del siero che si ha in qualche caso può essere spiegato dal parziale riassorbimento del tessuto osseo che si osserva specialmente in corrispondenza dei capi articolari e in genere nelle ossa per inattività, non è da ritenersi giustificato tale intervento in queste malattie, almeno alla stregua delle attuali cognizioni.

La regolazione della calcemia, e più ancora che del contenuto totale del siero in calcio, della proporzione in esso fra le varie frazioni, calcio ultrafiltrabile che corrisponde al calcio ionizzato, calcio elettroultrafiltrabile che corrisponde ai sali di calcio e calcio colloidale in combinazione colle proteine, sulle quali poco ancora di preciso si conosce, data anche la difficoltà tecnica di dosarle, è una funzione assai più complessa di quanto in genere non si ritenga, non è l'unica funzione delle paratiroidi e probabilmente non è nemmeno esclusiva di esse. Altri coefficienti possono intervenire a modificare la calcemia e le sue oscillazioni. Sostanze ad azione paratiroidea sono state trovate in abbondanza nella placenta, e anche nella milza

(aumento del calcio del siero dopo somministrazione di milza essiccata, diminuzione dopo splenectomia e in seguito a questa ricomparsa dei sintomi di tetania paratireopriva in animali che già ne erano guariti).

Il criterio quindi di iperparatiroidismo deve risultare non solo dall'aumento più o meno evidente e discutibile del calcio del siero, ma dal complesso di sintomi di iperparatiroidismo: bilancio negativo del calcio, diminuzione del tono muscolare, diminuzione della eccitabilità elettrica dei nervi e dei muscoli, dolori generalizzati delle ossa, ecc.

Per queste ragioni è anche da ritenersi prematuro ogni giudizio sulla opportunità e sui vantaggi della asportazione delle paratiroidi in varie forme morbose in cui essa è stata tentata con risultati molto differenti e in genere temporanei (sclerodermia, cheloidi, malattia di Burger, gangrena diabetica, ecc.) in base al solo rilievo tutt'altro che costante di un aumento quasi sempre molto modesto del calcio totale del siero.

PARTE CHIRURGICA.

Relazione del Prof. M. DONATI (Milano).

(Conclusioni).

La relazione è suddivisa in dieci capitoli. Il primo, introduttivo, rievoca le varie tappe delle conoscenze funzionali sulle paratiroidi, a cominciare dalle ricerche classiche di Vassale e Generali, le quali hanno dimostrato che la tetania è conseguenza della paratiroidectomia. Le successive tappe sono: la constatazione di determinati rapporti tra paratiroidi e sistema scheletrico (Askanazy); la dimostrazione dell'ipocalcemia paratireopriva (Mac Callum e Voegtlin) e della guaribilità della tetania con la somministrazione di sali di calcio (Frouin); la preparazione di un estratto paratiroideo attivo (Collip); la constatazione che osteopatie associate a tumore paratiroideo sono suscettibili di guarire con l'asportazione del tumore stesso (Mandl).

Negli altri capitoli sono trattate successivamente: la morfologia, l'anatomia chirurgica e la costituzione clinica delle paratiroidi; l'ipo-paratiroidismo; il metabolismo del calcio; l'iperparatiroidismo; il rapporto tra paratiroidi e malattie scheletriche, e stati morbosi vari; gli adenomi paratiroidei (parastrume); gli interventi chirurgici paratiroidei.

Sia in base agli interventi chirurgici, sia in base alle risultanze critiche della letteratura, sia in base a numerose ricerche sperimentali ed osservazioni cliniche del relatore, le conclusioni della relazione sono le seguenti:

L'esistenza costante di tessuto paratiroideo accessorio e la difficoltà anatomica della ricerca e del riconoscimento delle paratiroidi non consentono sicurezza, nelle ricerche sperimentali come nell'intervento chirurgico nell'uomo, sul *quantum* relativo del tessuto paratiroideo che viene asportato nelle paratiroidectomie.

Il fatto che non si può mai essere consapevoli della quantità relativa del tessuto paratiroideo lasciato, dà ragione della definizione di « operazione cieca » data alla paratiroidectomia.

Le paratiroidi occupano una zona, per lo più al di fuori della capsula fibrosa posteriore della tiroide, in numero generalmente di quattro, per lo più disposte in modo da potersi distinguere in paratiroidi superiori e inferiori. Il punto dove si ha la massima probabilità di trovare una paratiroide è il margine inferiore della cartilagine cricoide, su una altezza di cm. 1,5-2. Vi possono essere paratiroidi aberranti, intratoraciche, dietro la trachea o l'esofago.

L'irrorazione sanguigna delle paratiroidi deriva principalmente dall'arteria tiroidea inferiore. La legatura di quest'arteria non è di regola sufficiente a ischemizzare la paratiroide corrispondente, in grazia delle anastomosi che si possono ritenere sicuramente dimostrate. Tuttavia il ramo arterioso che va alla paratiroide ha spesso il valore di arteria terminale. Alla legatura dell'arteria tiroidea inferiore si può assegnare, per lo meno nella maggioranza dei casi, conseguenze tali da potere attribuire ad essa il valore di una « paratiroidectomia funzionale ».

Le paratiroidi possiedono una ricchissima innervazione prevalentemente simpatica, con apparati terminali sia nello stroma, sia nelle pareti dei vasi, sia in rapporto diretto con le cellule ghiandolari.

Nello stroma delle paratiroidi, per quanto scarsi, sembra esistano elementi cellulari del reticoloistiocitario.

Nel parenchima si debbono ritenere elementi funzionali tanto le cellule principali cromofobe come le cellule cromofile o ossifile. I prodotti di secrezione dimostrabili sono: lipodi, glicogeno e colloide; scarso è il contenuto in iodio.

Il quadro clinico dell'aparatiroidismo e dell'ipoparatiroidismo si compendia nella tetania paratireopriva.

Non soltanto lesioni dirette, ma anche alterazioni indirette delle paratiroidi, provocate da cause locali o generali, possono determinare la tetania postoperativa. Il carattere acuto, subacuto o cronico della tetania, è in rapporto con la quantità di tessuto paratiroideo lasciato e con la maggiore o minore possibilità di funzione vicaria da parte di questa. E poichè sono variabili il numero e il volume delle paratiroidi, si comprende come non esistano sicuri rapporti tra quantità di paratiroidi asportate e sviluppo della tetania.

Più che la *sindrome paratireopriva*, ha servito a perfezionare le nostre conoscenze sulle conseguenze del *deficit* paratiroideo la *sindrome paratireopenica*.

L'ipo-paratiroidismo si accompagna costantemente a ipocalcemia, che costituisce il segno di una vera e propria turba del metabolismo del calcio. Non vi è un limite inferiore sicuro di calcemia al quale possa insorgere la tetania; nè la rapidità della caduta della calcemia, in seguito a paratiroidectomia, ha influenza di per sè sull'insorgere della tetania.

All'ipocalcemia si associa *iperfosforemia* e l'insorgenza di uno *stato alcalotico*. Sono inoltre in rapporto con la iperfunzione paratiroidea l'alterato ricambio alimentare del calcio e la sua diminuita escrezione, la diminuzione o la perdita del potere calcio-fissatore dell'osso.

La perdita del potere calcio-fissatore nell'ipoparatiroidismo sarebbe, secondo ricerche personali, specifica dell'osso e non di tutti i tessuti.

Come conseguenza si ha mancato deposito di

calcio nell'osso (acalcificazione), progressiva decalcificazione delle ossa, acalcificazione e decalcificazione dei denti, alterazione dell'osteogenesi negli animali giovani, ritardo nella consolidazione delle fratture.

Negli animali paratireoprivi o paratireopenici, si possono osservare alterazioni più o meno importanti gastro-intestinali, le quali hanno inspirato la teoria della intossicazione guanidinica di origine intestinale, la teoria della genesi ipoparatiroidea dell'ulcera gastrica, ecc. Numerose osservazioni sperimentali e cliniche hanno oggi fatto perdere molto terreno a tali teorie.

Nell'ipoparatiroidismo sperimentale si osserva una resistenza maggiore che nei controlli all'insorgere di fenomeni anafilattici sperimentalmente provocati per un meccanismo tuttora non chiarito.

Nello studio e per la conoscenza del metabolismo calcico, la determinazione della calcemia non offre un dato sufficiente. Occorrerebbe invece determinare il bilancio, se attivo o passivo, del calcio. Tuttavia in clinica molte nozioni importanti di ordine patogenetico, diagnostico e terapeutico sono scaturite dal solo studio della calcemia. Questa pertanto, sopratutto quando le sue variazioni si conservino in ripetuti esami costanti in più o in meno, deve essere considerata un elemento di preciso orientamento sullo stato funzionale delle paratiroidi, le quali sono le determinanti del metabolismo del calcio.

In clinica potrebbe assumere importanza, per svelare una disfunzione paratiroidea più o meno latente e saggiare la facoltà calcio-fissatrice dell'organismo, lo studio della *ipercalcemia provocata*, mercè la *prova della somministrazione del calcio*. Infatti quando esiste una iperfunzione paratiroidea il calcio iniettato può venire fissato e perciò meno facilmente eliminato; mentre l'opposto accade se l'organismo, come avviene nell'ipoparatiroidismo, non dispone di una sufficiente quantità di paratormone calcio-fissatore.

In seguito alla paratiroidectomia vi è un *turbamento dell'equilibrio acido-basico*, al quale però non possono essere attribuite le modificazioni della calcemia. L'ipocalcemia è infatti conseguenza costante e durevole, mentre all'alcalosi iniziale pre-tetanica può seguire un più o meno intenso stato acidosico. Probabilmente non tutte le tetanie spontanee e sperimentali vanno considerate alla stessa stregua, e non si possono senz'altro confondere con la tetania paratireopriva.

Con somministrazione di ormone paratiroideo può determinarsi un quadro di *iperparatiroidismo acuto o cronico*. Ciò avviene tanto nell'esperimento come in clinica. Nell'uomo si è pure dimostrata l'esistenza di un iperparatiroidismo spontaneo, che può essere conseguenza, sia di alterazioni primitive che di alterazioni secondarie delle paratiroidi.

L'iperparatiroidismo cronico spontaneo ha il suo paradigma nell'osteodistrofia fibrosa generalizzata, o malattia di Recklinghausen.

È oggi indubbiamente dimostrata la possibilità di riprodurre l'osteodistrofia fibrosa sperimentalmente mediante trattamento con iperdosi di paratormone o con iniezioni di poltiglia di paratiroidi.

Il relatore può confermare pienamente questi reperti, avendo ottenuto nel ratto albino sia osteodistrofie fibrocistiche, con osteoclastomi, sia calcificazioni eterotopiche nei reni. Inoltre a riprova dell'azione regolatrice delle paratiroidi sul ricambio calcico e a conferma del concetto che l'ormone paratiroideo è mobilizzatore del calcio osseo, si è riscontrato che con sopradosaggio di paratormone non varia il contenuto in calcio delle parti molli, mentre diminuisce quello dello scheletro. La funzione paratiroidea esercita quindi azione elettiva sul calcio osseo. E precisamente, se vi è *deficit* paratiroideo, il calcio diminuisce nell'osso per mancata fissazione; se vi è eccesso di ormone paratiroideo diminuisce per mobilizzazione.

In clinica e al tavolo anatomico sono stati riscontrati numerosi esempi di *adenomi paratiroidei*, associati o no ad alterazioni distrofiche delle ossa. Nel primo caso è evidente che si tratta di adenomi funzionanti (*adenomi tossici, iperparatiroideomi*) i quali determinano iperproduzione di ormone paratiroideo, come è dimostrato dagli effetti utili dell'asportazione del tumore.

È oggi, pertanto, ammissibile il concetto della primitività della lesione paratiroidea nell'osteodistrofia cistica generalizzata; mentre vi sono altre osteopatie ed affezioni varie nelle quali esistono iperplasie paratiroidee che possono essere interpretate come secondarie.

Il quadro biochimico e anatomo-clinico dell'iperparatiroidismo cronico, come risulta dalle osservazioni cliniche e sperimentali che possediamo fino ad oggi, può essere così riassunto: ipercalcemia, ipercalciuria, iperfosforemia; iperfosfaturia; bilancio negativo del calcio e del fosforo; iperfosfatasemia (ricerche personali dimostrano diminuzione della fosfatasi nel tessuto osteodistrofico dei ratti in iperparatiroidismo); ipotonia muscolare; calcificazioni metastatiche; aumento della coagulabilità sanguigna; decalcificazioni ossee, formazione di cisti, con le note istologiche del riassorbimento lacunare e della proliferazione fibroblastica intensa del midollo, formazioni di cisti, deformità ossee, ecc.; sintomi generali variabili secondo l'intensità dell'iperparatiroidismo.

Volendo classificare con concetto fisio-patologico e patogenetico le osteopatie di tipo distrofico, si può, almeno provvisoriamente, classificare col nome di *osteodistrofia paratiroidea* quella osteopatia, che d'altra parte quasi esclusivamente si identifica colla osteodistrofia fibrosa generalizzata di Recklinghausen, la quale si accompagna a segni certi di iperparatiroidismo e nella quale si ha decalcificazione ossea con fibrosi midollare, cisti e tumori bruni, associata a tumore paratiroideo. Essa è curabile o per lo meno può essere molto migliorata con l'ablazione di questo.

I sintomi clinici della osteodistrofia paratiroidea sono, con variazioni di grado e di forme cliniche, identificabili col quadro suddescritto dell'iperparatiroidismo.

In certe osteodistrofie agiscono come fattore patogenetico alterazioni del ricambio di origine alimentare, fattori tossici varii di origine esogena, perdite eccessive di calcio, come avviene ad esempio in seguito a fistole biliari permanenti, ecc. Queste condizioni si collegano a *iperplasie paratiroidee secondarie*, che vanno distinte dall'adenoma paratiroideo dell'osteodistrofia fibrosa cistica; sono processi secondari, riportabili probabilmente ad un fattore acidotico che interessano tutto l'apparato paratiroideo. Nell'osteodistrofia fibrosa cistica invece è colpita abitualmente una sola pa-

ratiroide ,con carattere di regola piuttosto adenomatoso che iperplasico.

Vi sono elementi che lasciano sospettare che, sia nell'osteodistrofia paratiroidea, sia nelle osteopatie con ipertrofia funzionale delle paratiroidi, si associno talora alterazioni di altre ghiandole a secrezione interna.

L'osteomalacia, processo che anatomo-patologicamente è profondamente diverso dall'osteodistrofia paratiroidea, lo è anche probabilmente dal punto di vista patogenetico; in essa infatti non si osservano le alterazioni del metabolismo calcico che si hanno nell'iperparatiroidismo.

È ammissibile che secondariamente possano osservarsi nell'osteomalacia iperplasie delle paratiroidi, atte a creare sul quadro dell'osteomalacia un'osteodistrofia fibrosa (gruppo intermediario; forma di passaggio).

Infine, accentuandosi il fattore paratiroideo, si potrebbe arrivare talora a forme osteodistrofiche fibrose con adenoma paratiroideo, secondo l'antica teoria di Erdheim.

Non vi sono dati sperimentali nè clinici che parlino in favore di una possibile genesi paratiroidea del rachitismo.

I rapporti fra osteodistrofia fibrosa generalizzata (osteodistrofia paratiroidea in senso stretto) e morbo di Paget non sono del tutto chiari. Vi sono casi di Paget in cui il metabolismo calcico è alterato come nell'osteodistrofia paratiroidea, ed è influenzabile da operazioni determinanti uno stato di relativa paratireopenia. Pertanto se anche non si può finora concludere senz'altro in favore della dottrina unicista del Recklinghausen e del Paget, da molti tuttora ripudiata, si deve ammettere che sia possibile da un lato la trasformazione anatomo-clinica e radiografica da Recklinghausen a Paget (forme miste), dall'altro che esistano casi di Paget che dal punto di vista patogenetico dovrebbero essere inclusi nelle osteodistrofie iper-paratiroidee.

D'altra parte vi sono casi di Paget con ipocalcemia, influenzabili talora favorevolmente con terapia paratiroidea, la cui conoscenza complica evidentemente il problema del Paget.

Nelle osteodistrofie fibrose circoscritte, nelle cisti e tumori bruni delle ossa, può finora essere ammessa soltanto in certi casi una patogenesi paratiroidea. Le ricerche finora note sul metabolismo calcico non consentono conclusioni sicure.

Vi sono osteopatie come quelle da fame, da saturnismo cronico, certe osteoporosi senili, taluni casi di osteogenesi imperfetta, di osteopecilia, nelle quali si sono trovate alcune volte ipercalcemia ed iperplasie paratiroidee, che sembra debbano essere considerate secondarie. Non si possono finora considerare in rapporto con lesioni paratiroidee la malattia di Moeller-Barlow, le osteoporosi eburneizzanti monomeliche, la distrofia ossea famigliare di Morquio, la leontiasi ossea, la malattia di Schüller-Christian.

Nella tubercolosi ossea anche con notevoli decalcificazioni scheletriche non si sono osservati segni di turbe paratiroidee.

Nelle fratture non sono state rilevate alterazioni costanti e rilevanti della calcemia. Si deve ritenere piuttosto che si abbia una mobilizzazione calcica locale senza alterazioni del metabolismo del calcio.

Sembra che certe « malattie del callo » (calli dolorosi con ipercalcemia) possano giovarsi della resezione dell'arteria tiroidea inferiore (Leriche).

Nelle poliartriti anchilosanti o a tendenza anchilosante e nelle osteoartrosi deformanti, l'ipercalcemia deve ritenersi reperto piuttosto di eccezione. I numerosi documenti clinici che riguardano i risultati della paratiroidectomia parziale nei casi con calcemia aumentata o al limite superiore della normale, danno come risultato che l'intervento ha in gran numero di casi effetti soltanto temporanei; però vi sono casi in cui la malattia colpiva individui in età giovanile od adulta, non era di data molto antica e si associava ad ipercalcemia, nei quali si sono molto giovati certi sintomi funzionali. Nei casi operati non è mai stato riscontrato un adenoma paratiroideo; vi è un solo caso in cui sarebbero state rimosse due paratiroidi adenomatose (?).

Si deve dunque dedurre che si tratta di affezioni del tutto diverse dalla osteodistrofia paratiroidea. L'intervento deve limitarsi a ridurre la quantità del tessuto o anche soltanto la funzione delle paratiroidi, mediante paratiroidectomia parziale o semplice legatura delle arterie tiroidee inferiori; interventi tutti che abbassano la calcemia, ma solo temporaneamente per la ipertrofia compensatoria cui soggiace il tessuto paratiroideo residuo, o per la riparazione delle conseguenze della legatura arteriosa.

Se però codesti interventi sono soltanto sintomatici, essi hanno consentito di constatare interessanti effetti sul sistema vasomotore, sull'apparato sensitivo dell'articolazione, su certi aspetti della costituzione dei connettivi.

Nelle poliartriti anchilosanti con ipocalcemia può essere indicata all'incontro una terapia di stimolo sulle paratiroidi, sia medica, sia fors'anche chirurgica (simpatectomia chimica delle arterie tiroidee ?).

Nella sclerodermia il metabolismo calcico si comporta in modo assai variabile. In taluni casi con calcemia superiore al normale si sono osservati effetti favorevoli, per lo più transitori, della paratiroidectomia parziale; un unico caso finora è descritto in cui all'operazione si è riscontrato adenoma paratiroideo, ma non ha ricavato vantaggio dall'asportazione del tumore. Anche per esperienza personale, non è possibile affermare che le sclerodermie, anche se ipercalcemiche, si giovino incontestabilmente di un'operazione paratiroidea.

Certi effetti simili della paratiroidectomia parziale e della simpatectomia periarteriosa stabiliscono analogie tra interventi sulle paratiroidi e sul sistema vasomotore periferico.

In taluni casi di *calcificazioni eterotope*, di *calcinosi diffuse*, di *ossificazioni eterotope*, si sono riscontrate alterazioni del metabolismo calcico, per lo più nel senso dell'ipercalcemia. Tuttavia per la formazione di calcificazioni e eventualmente di ossificazioni eterotope, occorre il favore di condizioni locali istogene o umorali particolari. Se anche si può ammettere che alterazioni della funzione paratiroidea giuochino una parte in talune alterazioni locali del metabolismo calcico dei tessuti molli, manca finora l'esperienza d'interventi sulle paratiroidi, ai quali fino ad oggi non si sono trovate le indicazioni.

È dubbia l'azione che sui *cheloidi spontanei* possono avere interventi demolitori sulle paratiroidi.

Esistono nella letteratura alcuni tentativi inte-

ressanti di influire con la paratiroidectomia parziale, o con operazioni ritenute similari, su *turbe di circolo associate ad ipercalcemia*. Gli effetti dell'intervento, forse solo temporanei, sembrano dimostrare un'azione utile sul fattore angiospastico.

Non è chiaro fino ad oggi se si può ammettere, che l'ipercalcemia determini, oltre ad uno stimolo simpatico diretto, anche una stimolazione indiretta per ipersecrezione adrenalinica. È più probabile che l'iperparatiroidismo determini, non tanto angiospasmo, quanto un turbamento della funzione regolatrice della contrattilità vasale. Allo stato attuale delle nostre conoscenze, non si può ancora concludere sulle indicazioni eventuali della paratiroidectomia parziale, nelle turbe circolatorie periferiche, determinate da endoarteriti.

In rapporto alla teoria paratiroidea della genesi dell'ulcera gastrica, si sono fatti tentativi di terapia con paratormone. Non sembra che ad esso si possa assegnare altro valore che quello di terapia sedativa.

Lo studio di taluni *rapporti tra simpatico e paratiroidi*, la constatazione di un lieve stimolo della funzione paratiroidea in seguito ad eccitazione simpatica locale, e di possibili influenze sulla calcemia e sul circolo in seguito a resezione del simpatico anche a distanza dal collo, fanno pensare che la regolazione dell'equilibrio calcico non sia soltanto legata alla funzione paratiroidea, ma sia di natura neuro-endocrina.

Non sembra però che lo studio ancora molto embrionale di questi rapporti possa portare sino ad ora a importanti applicazioni cliniche.

Che operazioni paratiroidee possano esercitare stimoli sul seno carotideo, non sembra per ora ammissibile.

Numerosi studi, con risultati tuttavia assai spesso contraddittori, sono stati fatti sui *rapporti fra paratiroidi e altre ghiandole a secrezioni interne*.

Nei riguardi della tiroide taluni ammettono una funzione vicariante fra le due ghiandole; è piuttosto ammissibile che esse, pur avendo funzioni nettamente distinte, essenzialmente antitossiche per ciò che riguarda le paratiroidi, si influenzino reciprocamente, per cui la insufficienza dell'una porterebbe ad un maggior lavoro dell'altra. Questa correlazione si osserverebbe specialmente nel rapporto tiroide-paratiroide, in quanto che disfunzioni tiroidee determinerebbero una maggiore sensibilità dell'organismo all'ormone paratiroideo.

Dubbia è l'interpretazione delle alterazioni del metabolismo del calcio e del fosforo, che qualche volta si sono osservate in casi di disfunzione tiroidea.

Nei riguardi dell'ipofisi, del timo e delle ghiandole genitali, allo stato attuale nulla possiamo dire sull'eventuale preciso rapporto della loro attività funzionale con quella paratiroidea. La funzione del pancreas e quella delle capsule surrenali influenzerebbero l'attività paratiroidea e viceversa, ma in questi casi bisogna probabilmente invocare occasionali concomitanze di alterazioni plurighiandolari.

I tumori delle paratiroidi (parastrume, adenomi paratiroidei) possono essere per sede intra- e juxtatiroidei; talora hanno sede aberrante, anche intratoracica. Quanto alla natura, si distinguono in benigni e maligni.

I primi ripetono o ricordano molto la struttura della ghiandola normale e possono essere funzionanti o non. Da ciò la distinzione fondamentale degli *adenomi pratiroidei semplici* e degli *adenomi paratiroidei tossici o iperparatireomi*, che si associano a osteodistrofia, generalmente del tipo fibroso cistico generalizzato. Non vi sono, pare, descritte osteodistrofie associate ai tumori maligni paratiroidei.

Cinquantasei casi di adenomectomia paratiroidea in individui affetti da osteodistrofia generalizzata sono raccolti e illustrati.

Sono ancora da aggiungere casi nei quali all'atto operativo non fu trovato il tumore paratiroideo. In taluni di questi l'autopsia ne dimostrò poi l'esistenza.

È d'altra parte ancora più numerosa di quella operatoria la casistica di autopsia, nella quale si è riscontrato un adenoma paratiroideo associato a osteodistrofia generalizzata.

Infine, nella casistica chirurgica delle osteodistrofie generalizzate vi sono non poche osservazioni in cui, non essendo stato trovato all'intervento un adenoma, sono state tolte una o due ghiandole paratiroidee normali o ritenute iperplastiche, ma per lo più senza risultato apprezzabile.

Ad onta dell'esistenza degli adenomi paratiroidei in soggetti senza alterazioni dello scheletro, il *rapporto tra adenoma paratiroideo e osteodistrofia fibrosa cistica generalizzata si può ritenere dimostrato su solide basi.*

In ogni caso il tumore deve essere sospettato e ricercato, poichè l'asportazione di esso può stroncare lo stato di iperparatiroidismo, costituendo una vera e propria *cura eziologica.*

In realtà effetti immediati sul metabolismo calcico e su molti sintomi funzionali si sono quasi costantemente osservati. La ricalcificazione dello scheletro è registrata in molte osservazioni, ma veramente completa mai. Risultati a distanza sono però ancora scarsi e quelli conosciuti non ci assicurano ancora che gli effetti dell'adenomectomia siano permanenti; chè anzi sono segnalati alcuni casi di peggioramento della osteodistrofia in secondo tempo.

Rimane ancora aperta la questione se in ogni caso l'adenoma tossico è primario, o se non possa avvenire che esso inizi come reazione ad un'alterazione del metabolismo calcico che l'adenoma poi aggraverà, imprimendo altresì particolari caratteristiche alla osteodistrofia.

Per risolvere la questione sarà indispensabile la revisione dei risultati definitivi a distanza delle adenomectomie paratiroidee nelle osteodistrofie fibrose generalizzate; e soltanto interventi il più possibile precoci potranno in avvenire informarci delle condizioni dell'eventuale adenoma nei primi stadi della malattia consentendo di commisurare i risultati dell'adenomectomia dagli effetti sulla evoluzione della sindrome iperparatiroidea.

Il *trapianto paratiroideo*, molto usato fino a ieri in casi di tetania paratireopriva post-operatoria, ha molto perduto della sua importanza, e per la più perfetta tecnica nelle operazioni di gozzo e per la possibilità di ricorrere, eventualmente, nella tetania post-operatoria, a preparati opoterapici o a terapia calcio-vitaminica.

La *legatura* o meglio la *resezione tra due legature del segmento terminale dell'arteria tiroidea inferiore*, può essere tentata, quando vi sia indicazione di paratiroidectomia parziale e non sia

agevole trovare le paratiroidi (*cosiddetta paratiroidectomia fisiologica*).

La *parastrumectomia e la paratiroidectomia* esigono una tecnica operatoria molto accurata.

La posizione dell'ammalato è la stessa che per la chirurgia tiroidea. L'anestesia generalmente preferita è la locale; l'incisione per lo più usata è quella a collare di Bassini.

Con particolari accorgimenti, sezionate l'aponeurosi superficiale e la media, sezionati o anche soltanto divaricati i muscoli sternotiroioidei, si deve esplorar bene la faccia anteriore e laterale della tiroide e successivamente la faccia posteriore, rovesciando delicatamente verso la linea mediana ciascun lobo tiroideo.

L'allacciatura preventiva della tiroidea inferiore facilita molto la ricerca delle paratiroidi normali.

Qualora si ricerchi un tumore, anche se lo si sia trovato da un lato si dovrà ispezionare il lato opposto; se ancora la ricerca fosse vana si deve passare un dito nel torace da ciascun lato della trachea ed infine, se occorre, incidere la fascia profonda dietro l'esofago e ricercare, dietro di questo, fino nel torace al davanti della colonna vertebrale.

La ferita viene poi ricostituita a piani, anche senza lasciare drenaggio.

La *tiroidectomia parziale*, quale mezzo per addivenire ad una asportazione di paratiroidi, non è operazione sufficientemente giustificata.

Si sono descritti favorevoli effetti di *interventi puramente esplorativi*. Per quanto siano state formulate ingegnose ipotesi per interpretarli, operazioni di questo tipo debbono ritenersi non giustificate.

La *simpatectomia delle arterie tiroidee*, che in base a ricerche sperimentali potrebbe apparire indicata in sindromi di *deficit* paratiroideo con ipocalcemia, sarebbe da eseguirsi preferibilmente mediante isofenolizzazione dei peduncoli arteriosi.

Comunicazioni inerenti alla Relazione.

Brunetti (Venezia). — *Interventi sul simpatico cervicale.* — L'O. riferisce di aver eseguito interventi sul simpatico cervicale e di aver notato che alcune sindromi di origine labirintica ne traggono vantaggio. Senza dubbio, come afferma il Citelli, tra ipofisi cervicale, ipofisi faringea e terza tonsilla, esistono rapporti intercedenti tali da costituire un nuovo capitolo della patologia. L'ozenatoso oltre ad essere un ammalato di naso, presenta sempre notevoli distrofie facciali (Bilancioni) e la cura con il paratormone in tali casi determina spesso la scomparsa delle croste ed il fetore. Circa l'otosclerosi, le ricerche hanno dimostrato che l'ablazione delle paratiroidi inducono alterazioni uguali a quelle che si notano nel I e II stadio dell'otosclerosi.

D. Maragliano (Genova). — *Influenza della paratiroidectomia parziale nel decorso delle poliartriti anchilosanti calcioprive.* — L'O. presenta tre pazienti operati con questa indicazione e con buon esito anche a distanza. Ritiene l'intervento indicato specialmente nella prima fase della poliartrite, fase in cui è compromessa solo la sinoviale.

G. Melli (Roma). — *Paratiroidi e ricambio minerale.* — Gli illustri relatori hanno dato della fisiologia e patologia delle paratiroidi il quadro più completo che oggi si possa avere ed è stato udito quali nuove e promettenti possibilità si dischiudono alla clinica, quali concreti brillanti risultati si siano oggi già ottenuti. Tuttavia malgrado tanti inevitabili progressi, volendo sintetizzare quanto è accertato fino ad ora riguardo alla funzione di regolazione del ricambio minerale da parte delle paratiroidi, si è costretti a valerci di espressioni generiche e quanto mai indeterminate, potendo solo affermare con sicurezza che esse presiedono al ricambio del calcio e del fosforo.

In qual senso tale azione si esplichi è però ancora ignoto ed è a questo scopo che l'O. riferisce un insieme di ricerche eseguite in collaborazione nella Clinica di Roma, intese a chiarire qualche lato del problema.

L'O., insieme a Levi Della Vida, studiando in ratti albini il bilancio del Ca e del P determinandone l'assunzione e l'escrezione quotidiana in condizioni normali, durante intenso trattamento con paratormone, in animali tireopatireoprivi e nei medesimi sottoposti a trattamento tiroxinico, ha veduto che tanto negli animali a carenza che a sopradosaggio di paratormone si ha netto aumento di Ca e di P nell'organismo, più marcato per il primo, e maggiore negli animali trattati con paratormone che in quelli paratireoprivi.

Facendo eseguire da P. Frugoni, il dosaggio del Ca e del P nell'organismo totale dei medesimi ratti, si è constatato un corrispondente aumento di entrambi gli elementi negli animali paratireoprivi e in altri trattati con paratormone, confermando quindi le precedenti ricerche. Anche con dosi minori di paratormone (Pisa) i risultati furono gli stessi. Pensando allora alla doppia evenienza di sindromi simil-rachitiche nei ratti, per eccesso e per carenza di vitamina D, l'O. ha fatto ripetere identiche determinazioni in ratti adulti in carenza vitaminica e in sopradosaggio di ergosterolo irradiato (P. Frugoni e M. Coppo) ed è stato trovato che il dosaggio diretto dimostra nell'organismo in toto netto aumento del Ca e del P.

Tornando alle paratiroidi, carenza ed eccesso del loro ormone, portano ad accumulo di Ca nell'organismo: studiando la composizione chimica dell'osso di ratti paratireoprivi e di ratti in sopradosaggio di paratormone, P. Frugoni ha potuto vedere però che in questa seconda condizione il Ca diminuisce quasi parallelamente alla diminuzione di ceneri, mentre aumenta fortemente il contenuto percentuale di acqua. Il P si comporta in modo analogo. Da quanto precede si dovrebbe quindi concludere che in questi animali si presenziava più che ad una patologica assunzione od eliminazione di Ca e P, a difetti di distribuzione dei medesimi elementi. Volendo dare base sperimentale a tali conclusioni teoriche, l'O. ha fatto eseguire a Molinari il dosaggio dei due elementi nei singoli organi, ma pur essendo venuta a mancare la prova ricercata, l'O. ritiene che senza dubbio in questi animali si abbia un'anormale distribuzione del Ca e del P. Ritenendo tuttavia che anche altri elementi partecipassero a tale squilibrio, l'O. a fatto eseguire a Molinari e Coppo lo studio sistematico nelle dette condizioni sperimentali del completo ricambio minerali ed i risultati più evidenti ed importanti sono stati trovati nelle ossa, dove il magnesio ha comportamento inverso al calcio ed aumenta dove quello diminuisce.

Circa l'importanza attribuita alla fisiologia normale e patologica del ricambio calcico, l'O. riferisce i risultati ottenuti da ricerche fatte eseguire in proposito da Rubegni, Pisa, P. Frugoni. Qualche osservazione meritevole di interesse si ha pure dallo studio anatomopatologico della carenza od eccesso di ormone paratiroideo, essendo stato osservato (Molinari e Puddu) nell'uno e nell'altro caso costantemente una notevole ipertrofia della milza dovuta non solo ad imbibizione di essa, ma a vera iperplasia dell'organo.

L'O. riferisce infine i risultati del bilancio del calcio, del fosforo e del livello ematico dei due elementi, di alcuni casi (sclerodermia, morbo di Recklinghausen, m. di Schuller) osservati nella Clinica Medica e sottoposti ad interventi sulle paratiroidi.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: Proff. ALESSANDRI e MICHELI.

Comunicazioni inerenti alla Relazione.

MAUGERI (Parma). — *Rapporti fra paratormone ed acido ossalico.* — Da ricerche eseguite allo scopo di stabilire i rapporti fra paratormone ed acido ossalico, l'O. può affermare l'esistenza di tali rapporti, avendo constatato notevole interdipendenza fra eliminazione di acido ossalico e di calcio, ed aumento di entrambi dopo iniezione di paratormone.

R. ALESSANDRI (Roma). — *Turbe paratiroidee.* — Ha osservato 15 casi personali attribuibili a turbe paratiroidee. Casi di spondilosi, di artrite della colonna vertebrale, di sclerodermia, inoltre casi speciali di morbo di Recklinghausen e 7 di artrite anchilosante. Concorda con i relatori e dai casi occorsi alla sua pratica personale potè concludere che la paratiroidectomia si dimostra efficace anche per favorire la calcificazione delle fratture.

L'O. riferisce che non è intervenuto nei casi in cui la calcemia era normale, ma solo quando la calcemia era aumentata ove si poterono ottenere risultati positivi. Quando non si riesca a individuare le paratiroidi si può ricorrere a opportune allacciature arteriose regionali. In due casi di sclerodermia, in uno dei quali era presente una grossa paratiroide adenomatosa, non si ottennero vantaggi notevoli. Conclude dicendo che il lato operativo potrà avere indicazioni, ma naturalmente bisogna tenersi ancora riservati nel giudizio sul valore di questo intervento.

M. LORETI (Bologna). — *La stitichezza in rapporto alle paratiroidi.* — Nei cani, dopo la paratiroidectomia parziale ha notato un ritardo notevole nello svuotamento del tubo intestinale. Ciò avviene perchè gli ormoni paratiroidei sono inibitori dell'eccitabilità simpatica e perchè viene a mancare una certa quantità di Ca circolante in modo da essere alterato l'equilibrio fra il gruppo degli elettroliti NaK e Ca.

B. AUSTONI (Milano). — *Alterazioni ossee ottenute con estratti paratiroidei nei ratti in via di accrescimento.* — La somministrazione, per via parenterale di alte dosi di paratormone Collip, per un periodo di 52-70 giorni, determina nello scheletro dei giovani ratti albini a dieta ricca di calcio, una serie di gravissime alterazioni che ricordano da vicino quelle dell'osteodistrofia fibro-so-cistica e che nettamente corrispondono a quelle descritte per la prima volta dagli AA. americani, nelle cavie e nei cani.

G. COGGI e B. AUSTONI (Milano). — *Variazioni quantitative della fosfatasi del plasma e delle ossa di animali sottoposti a vari trattamenti.* — In ratti giovani trattati con paratormone (500 U. in due mesi) l'attività fosfatasica delle ossa è lievemente diminuita. I ratti adulti trattati con dosi tossiche di ergosterina irradiata per via parenterale, con aumento del calcio e del fosforo del siero e decalcificazione ossea, la fosfatasi si dimostrò diminuita. Nei ratti a dieta calciopenica con tiro-paratiroidectomia notò aumento dell'attività fosfatasica. In casi operati di paratiroidectomia parziale senza tetania l'andamento della fosfatasi è stato parallelo a quello della curva calcemica.

BICH. — *Studio istologico delle ghiandole paratiroidee negli animali con fratture multiple sperimentali ed in quelli trattati con dosi tossiche di ergosterolo irradiato e di stronzio.* — La gh. paratiroidea reagisce, quando l'organismo è sottoposto all'azione brusca o progressiva di sostanze tossiche. Lo stato di iperfunzionamento reattivo può essere dedotto dall'aumento di volume della ghiandola, dall'intensità di irrorazione sanguigna, dalla varietà di forme e di volume delle cellule nella stessa glandola, dalla compattezza e rigogliosità degli elementi cellulari riuniti in cordoni intrecciati a follicoli.

P. CAZZAMALI (Milano). — *Influenza della dieta ipo- ed ipercalcica nell'ipoparatiroidismo sperimentale.* — I tessuti molli sanno conservare la facoltà di assumere calcio dal sangue e fissarlo per i propri fabbisogni, pur in assenza di una normale funzionalità paratiroidea, contribuendo probabilmente all'abbassamento della calcemia che si osserva immancabilmente dopo la paratiroidectomia.

B. AUSTONI e G. POZZI (Milano). — *Il comportamento della calcemia e della fosforemia in diverse affezioni chirurgiche ed in rapporto all'intervento operativo.* — Soltanto gli interventi operatori portati direttamente sulle paratiroidi o nel loro regime circolatorio, hanno una costante ed evidentissima azione perturbatrice sul tasso calcemico e fosforemico.

R. FUMAGALLI (Milano). — *Paratiroidi e pancreas.* — Dalle esperienze numerose eseguite non si può ammettere un antagonismo funzionale fra pancreas insulare e paratiroidi.

G. PERACCHIA (Milano). — *Contributo alla conoscenza dei rapporti funzionali paratiroideo-surrenali.* — Nei cani trattati a lungo con il paratormone Collip mentre esistono segni di iperfunzione tiroidea si riscontrano solo lievi segni di sofferenza surrenale. Lo stesso si osserva in cani trattati con la paratiroidectomia. Nei cani sottoposti alla surrenalectomia bilaterale la calcemia non ha notevoli variazioni. Conclude che non si può propendere verso l'esistenza di rapporti funzionali molto intimi fra le paratiroidi e le capsule surrenali.

Lapidari M. (Milano). — *Su alcune alterazioni renali osservate in animali trattati con alte dosi di estratto paratiroideo.* — In questi si osservano alterazioni nefrotiche diffuse, coi vari tipi di fatti regressivi a carico degli epiteli tubulari: le infiltrazioni calcaree sembrano pertanto legate piuttosto secondariamente alla morte degli elementi cellulari.

E. Bernabeo e F. Pescatori (Bologna). — *Paratiroidi ed apparato insulare nella patologia del sistema vascolare.* — La somministrazione di dosi minime di paratormone a lungo protratto ha messo in evidenza una intensa iperplasia delle surrenali e del pancreas insulare. Contemporaneamente lesioni di necrosi della media arteriosa nei vasi di grosso e medio calibro.

C. Gamberini (Bologna). — *Asportazione di adenoma della paratiroide per osteite fibroso-cistica di Recklinghausen.* — In una donna di 46 anni riscontrò una tipica sindrome di Recklinghausen. All'operazione, sul margine esterno del lobo tiroideo destro rinvenne un corpo lungo 3,5 cm. che con l'es. istologico fu diagnosticato come adenoma paratiroideo. La calcemia scese dopo l'intervento da 14,40 a 10,60. Si ebbe un miglioramento soggettivo e obbiettivo con ricalcificazione delle ossa.

F. Fedeli e M. Montanari (Modena). — *Influenza delle fratture sulla sindrome paratireopriva.* — Qualsiasi traumatismo osseo negli animali paratireoprivi sopprime la tetania e ne ritarda la comparsa, provoca un aumento rilevante della calcemia, una diminuzione della fosforemia, una diminuzione dei valori della riserva alcalina e un aumento del tasso glicemico.

M. Cattaneo (Torino). — *Modificazioni della glicemia dopo la legatura delle arterie tiroidee.* — Legando i peduncoli vasali della tiroide ha osservato una diminuzione del tasso glicemico, estesa necrosi della tiroide e paratiroide.

M. Cattaneo (Torino). — *Osteosi paratiroidee sperimentali.* — In conigli, con iniezioni endovenose di paratormone ha ottenuto decalcificazione dello scheletro, fatti di osteoartrosi, osteodistrofie epifisarie e anchilosi progredienti.

M. Cattaneo (Torino). — *Modificazioni della calcemia e della colesterinemia dopo la simpatectomia chimica delle arterie tiroidee. (Fenolizzazione delle arterie tiroidee).* — Si osserva uno stato transitorio di iperparatiroidismo funzionale il che non si ottiene con la sola ganglionectomia cervicale.

E. Preti (Milano). — *Ricerche sul contenuto minerale dei tessuti del ratto in rapporto alla funzione paratiroidea, in condizioni sperimentali varie.* — La funzione delle paratiroidi è quella di regolare il ricambio minerale delle ossa. Pensa che oltre all'osteite fibrocistica la disfunzione paratiroidea possa produrre altre forme morbose. Lo scheletro potrebbe rappresentare un magazzino di sali mobilizzabili in condizioni biologiche varie nel sangue, dal quale possono poi venire depositati là dove occorrano.

M. Tabanelli (Milano). — *Simpatico e calcemia.* — La resezione del grande splancnico sinistro può portare ad una discesa considerevole della calcemia; la simpatectomia femorale porta a variazioni minime del tasso calcemico, la resezione di tratti dell'arteria femorale porta a discese più accentuate della calcemia. I valori in calcio del sangue venoso si sono dimostrati più elevati di quelli del sangue arterioso.

F. Melina (Messina). — *L'influenza delle paratiroidi nel processo di riparazione delle ferite cutanee.* — Usando localmente l'estratto paratiroideo nelle ferite cutanee ha osservato un'azione acceleratrice, la paratiroidectomia ritarda la velocità nella curva di cicatrizzazione. Pensa che la funzione delle paratiroidi ha influenza sul trofismo dei tessuti in genere e specie del connettivo.

A. Previtera (Milano). — *Morbo di Dupuytren e terapia paratiroidea.* — In quattro casi di m. di Dupuytren studiati dall'O. non è stata mai riscontrata ipocalcemia nè segni clinici di insufficienza paratiroidea. In questi casi la terapia con estratti di paratiroide non ha effetto curativo stabile.

A. Previtera (Milano). — *Gozzo e calcemia pre- e post-operatoria.* — Ha dosato la calcemia in 21 individui operati di strumectomia, soltanto in due casi ha riscontrato lieve abbassamento della calcemia. Conclude che l'intervento puramente esplorativo alla Simon, per influire sulla funzione paratiroidea non è giustificato e che nei casi in cui non è stata possibile l'asportazione di una paratiroide è conveniente allacciare l'arteria tiroidea inferiore per ischemizzare le paratiroidi e quindi diminuire la funzione.

E. Bernabeo (Bologna). — *Due casi di paratiroidectomia curativa.* — Si trattava di una osteite fibrosa cistica e di una poliartrite anchilosante. Nel primo non si rinvenne un adenoma, furono asportate le paratiroidi di sinistra. Dopo l'operazione si notò caduta della calcemia e dopo 6 mesi un risultato molto soddisfacente. Anche nel secondo caso si è ottenuto lo stesso risultato.

V. Ghiron (Roma). — *Ricerche sulle paratiroidi nelle malattie delle ossa.* — L'O. ricorda come egli abbia già riscontrato 5 anni prima del Gusfarow. aumento della calcemia negli animali fratturati e abbia dimostrato con l'asportazione e il trapianto delle paratiroidi come l'ipercalcemia è legata alla loro funzione.

Riporta esperienze precedenti e altre ricerche in cui ha ottenuto con innesti di paratiroide in giovani animali, lo sviluppo di cisti ossee sul tipo dell'osteodistrofia cistica. Ma le gravi manifestazioni di carattere generale presentate da questi animali e che condussero a morte anche quelli in cui le ossa presentarono lesioni di lieve entità inducono l'O. a ritenere che la causa di tali osteopatie, anche se legata intimamente alla paratiroide sia da ricercare in una alterazione più generale e profonda.

M. Ascoli (Roma). — *Nota preventiva sui trapianti sperimentali di paratiroidi.* — Esperienze

in gatti. L'O. proietta numerose diapositive dimostrando la decalcificazione delle ossa così ottenuta e le lesioni simili all'osteite fibrosa riscontrate.

G. Rossi (Palermo). — *Ricerche sperimentali sulla chirurgia delle paratiroidi.*

G. Pieri (Belluno). — *Contributo alla chirurgia delle ghiandole paratiroidi.* — L'esperienza dell'O. nel campo della chirurgia delle paratiroidi riguarda due casi di osteite fibrosa, e due casi di poliartrite anchilosante con ipercalcemia.

Il primo caso di osteite fibrosa (il primo del genere operato in Italia) concerne una giovane attualmente di 27 anni, che a 21 anni cominciò ad accusare dolori ossei, che la radiografia e la biopsia dimostrarono dovuti a focolai multipli di osteite fibrosa e che rapidamente si aggravarono immobilizzando l'ammalata a letto. Nel febbraio 1929 l'O. basandosi sulla teoria di Erdheim, praticò un trapianto di paratiroidi umane nella tibia, che apparve migliorare momentaneamente il ricambio calcico; ma poi le lesioni dello scheletro si estesero ulteriormente, il quadro clinico peggiorò e la calcemia salì a 18. L'O. si decise (marzo 1932) ad esplorare la regione tiroidea, che appariva normale, asportò un tumore a struttura di adenoma paratiroideo, annidato fra la laringe e la colonna vertebrale, grosso come una noce; inoltre l'O. trapiantò sotto la mammella due grosse stecche ossee (provenienti dalla tibia di un arto amputato) allo scopo di somministrare all'organismo calcio per la riparazione dello scheletro, accorgimento che non risulta all'O. sia stato finora usato da altri in casi analoghi, ma che era già stato proposto e adottato da Oppel e da Krinitzki in casi di tetania e spasmofilia.

All'operazione seguì un rapido miglioramento che ebbe esito in una guarigione clinica apparentemente completa (la paziente dopo quasi un anno completamente liberata dei suoi dolori era in grado di riprendere la sua professione di maestra); tale guarigione persiste a 18 mesi dall'operazione e la calcemia è discesa a 13.

L'O. ha inoltre osservato un secondo caso di osteite fibrosa in una donna di 30 anni che a 20 anni ammalò di dolori a tumefazione al capo, che la biopsia ha dimostrato dovuti ad osteite fibrosa; la radiografia ha rilevato la presenza di altri due grossi focolai alla scapola e all'omero di destra. Nel maggio 1929 fu praticato un trapianto di paratiroidi umane nell'epifisi inferiore del femore; la calcemia era a 16. Non si osservò alcuna modificazione del quadro clinico. Nel 1932 fu proposto l'intervento sulla regione tiroidea: non fu accettato, e comunque il quadro dell'osteite fibrosa non si è modificato, e a distanza di otto anni dalla prima osservazione la donna continua a fare, senza speciali disturbi, il suo mestiere di domestica.

Per quanto concerne i casi di poliartrite anchilosante con ipercalcemia essi riguardano due soggetti giovani, nei quali l'effetto dell'operazione appare problematico.

Una giovane attualmente di 24 anni aveva cominciato a soffrire fin dall'età di 9 anni di una grave forma di artrite anchilosante del rachide e agli arti. La calcemia era a 12,5. Nel giugno 1930 l'O. resecò il lobo destro della tiroide allo scopo di asportare anche le paratiroidi di un lato. Si è verificato solo un miglioramento nei movimenti del collo, che persiste a tre anni dall'operazione; la calcemia è attualmente a 9,5.

Un giovane di 27 anni aveva cominciato a soffrire fin dall'età di 20 anni di dolori articolari afebbrili, cui seguì rigidità del rachide e delle articolazioni specie a livello delle anche. La calcemia era a 13,5. Nell'aprile scorso l'O. esplorò la metà destra della tiroide, rimosse dalla faccia posteriore del lobo un corpuscolo grosso come un fagiolo (che aveva l'apparenza di una paratiroide, ma di cui l'esame microscopico dimostrò la struttura tiroidea); praticò inoltre la sezione fra due legature dell'arteria tiroidea inferiore destra (operazione che Leriche ritiene equivalente alla asportazione della corrispondente paratiroide). L'effetto è stato finora nullo sulle rigidità articolari, chè anzi due mesi dopo l'operazione si è verificata un'altra *poussée* del processo artritico a livello delle ginocchia. Attualmente, a sei mesi dall'operazione, la calcemia è a 10,5.

Discussione della Relazione.

U. Arcangeli (Roma). — Ricorda che mentre una volta si credeva che per guarire l'osteomalacia fosse necessaria l'ovariectomia, successivamente fu potuto vedere che quest'affezione guarisce anche senza operazione e che anzi in alcuni casi la guarigione interveniva con la sola simulazione di aver praticato un'intervento. La narcosi solamente quindi può riuscire efficace e dare guarigioni anche stabili, permettendo gravidanze successive ed allattamento, senza recidive. Ottimi risultati l'O. ha avuto pure con il vaccino speciale di diplococco isolato da Arcangeli e Artom e studiato da De Blasi, in quei casi in cui i pazienti non desideravano la narcosi. Secondo l'O. il cloroformio determinerebbe una modificazione dell'indice opsonico analoga a quella prodotta dal vaccino.

P. Bastai (Firenze). — Si limiterà a parlare dei rapporti tra disturbi vascolari, segnatamente arteriti, e paratiroidi.

Il sospetto che potessero esistere rapporti tra funzionalità vascolare e paratiroidi corse nella mente dell'O. e del suo collaboratore G. C. Dogliotti dalla constatazione di un grado più o meno evidente di ipercalcemia nelle tromboangioiti obliteranti tipo Buerger e nelle arteriti diabetiche.

Ipercalcemia nel morbo di Buerger era stata vista anche da Oppel, e da Bernheim e London, ma nessuno aveva pensato che il fatto potesse essere messo sul conto di una iperattività delle paratiroidi. I tre interventi segnalati poco tempo fa da Lériche dopo la pubblicazione delle prime osservazioni di Bastai e Dogliotti, riguardano tutt'altro genere di affezioni vascolari, a cui lo stesso Lériche non ha attribuito importanza. Bastai e Dogliotti hanno supposto che la ipercalcemia nel m. di Buerger sia la conseguenza di una aumentata iperfunzionalità paratiroidea; che la stessa ipercalcemia eserciti una sovrastimolazione simpatica onde vasocostrizione ed angiospasmo, in cui consiste il momento patogenetico fondamentale della malattia. Allo stesso risultato si può arrivare anche con altro meccanismo, pensando che la stimolazione simpatica dovuta alla ipercalcemia stimoli alla sua volta la funzione surrenale, onde iperadrenalinemia, vasocostrizione, ecc.

La paratiroidectomia eseguita in quattro casi ha portato la conferma della ipotesi prospettata in quanto si è osservato la scomparsa dei dolori, ossia dello spasmo vascolare, e conseguentemente è migliorata la vascolarizzazione degli arti colpiti onde senso di calore, sudorazione e guarigione di piaghe a volte datanti da lungo tempo. Contemporaneamente la calcemia è scesa a valori normali.

Nei quattro casi accennati due volte sono state trovate una paratiroide, negli altri due non è stato rinvenuto tessuto paratiroideo. L'operazione era consistita nella esplorazione di una metà della regione tiroidea nella sua parte estracapsulare e nella asportazione della metà superiore del lobo tiroideo stesso, secondo le indicazioni di Oppel. Ritiene l'O., come ha avuto occasione di dire in altra sede, riferendo di un caso di osteosi paratiroidea completamente guarito in seguito ad intervento sulle paratiroidi senza ritrovamento delle medesime, che in tali casi le paratiroidi del lato esplorato possano con facilità andare distrutte anatomicamente o funzionalmente, come in quel caso venne dimostrato all'evidenza dall'abbassamento della calcemia e dall'arresto finora definitivo della malattia, a 16 mesi di distanza dall'intervento. L'O. ritiene ingiustificate le riserve eccessive messe in rilievo sul significato della ipercalcemia. In realtà, quando la ricerca, estremamente delicata per i molteplici dettagli che possono falsarne i risultati, è condotta rigorosamente dà pieno affidamento, s'intende entro certi limiti, come ogni altra ricerca concernente determinazioni chimiche anche la più sicura, e perciò deve essere considerata come il testo più sicuro della funzionalità paratiroidea. Ai facili critici ricorda che lo stesso Collip dosa la attività del parathormone a seconda degli effetti sulla calcemia. Secondo l'O. deve perciò ritenersi che quando in seguito a un intervento sulle paratiroidi si osservi una sicura caduta della calcemia si deve ammettere che anatomicamente o funzionalmente tessuto paratiroideo è andato perduto. Nei casi ricordati tale fatto si è sempre verificato accanto ai risultati della osservazione clinica, e quindi egli ritiene che le riserve avanzate dal prof. Donati circa la avvenuta paratiroidectomia o meno non abbiano ragione di essere. Ma a togliere ogni dubbio valgono i due casi in cui una paratiroide venne ritrovata e asportata con risultati simili a quelli in cui non furono ritrovate ma certamente distrutte.

Le paratiroidi asportate nel m. di Buerger furon trovate normali dal punto di vista istologico. Questa constatazione fa nascere il quesito circa la esistenza o meno di lesioni paratiroidee in tali casi. L'O. è di avviso che verosimilmente debba trattarsi di uno stato di iperattività dovuto a correlazioni ormoniche non precisate. Che una simile evenienza possa avverarsi è reso verisimile dalla osservazione che i risultati osservati nel m. di Buerger si sono pure osservati in un caso di endoarterite diabetica con forte ipercalcemia. L'O. ha supposto che nel diabete si possa avere un antagonismo funzionale tra pancreas e paratiroidi, nel senso che il pancreas agisca in qualche modo da freno alla attività paratiroidea, così che nel diabete per deficienza di attività insulare si avrebbe una iperattività paratiroidea per rilassamento di tale azione inibitrice o rallentatrice. Di qui ipercalcemia, stimolazione simpatica, vasocostrizione, vasospasmo, arterite, ecc.

Comunque stiano le cose è certo che nei cinque casi di Bastai e Dogliotti (quattro di m. di Buerger e uno di arterite diabetica) è avvenuto un manifesto e sorprendente cambiamento nelle condizioni locali degli ammalati per il miglioramento della circolazione locale, nonostante la gravità delle lesioni di alcuni tra questi casi.

È da segnalare un effetto evidente anche sulla pressione arteriosa. In tre degli stessi casi in cui esisteva ipertensione si è avuto abbassamento sensibile della pressione sia massima che minima: in uno da 215/130 a 150/90. Questo fatto però non si verifica sempre. Recentemente in una malata di 46 anni fortemente ipertesa, 250/155 portatrice di una ciste del lobo destro della tiroide, insieme alla asportazione della ciste venne pure asportata una paratiroide: la pressione non ha variato sensibilmente. In questa malata però non esisteva ipercalcemia, e il tasso calcemico non si modificò dopo la operazione. Questa osservazione è importante perchè parla in favore del concetto che il fattore ipercalcemia figura soltanto in alcune forme di ipertensione, e che soltanto in queste la paratiroidectomia può portare a risultati favorevoli.

L'O. non ha mai dato soverchia importanza ai risultati terapeutici osservati per quanto evidenti, data la brevità del tempo trascorso dall'intervento e anche perchè generalmente egli ha fatto praticare l'intervento in casi di estrema gravità, in cui la obliterazione fin anche dei grossi tronchi arteriosi non permette di farsi ragionevolmente illusioni sul destino definitivo di tali malati. Ma egli ritiene i risultati cennati di grande importanza dal punto di vista della fisiologia e fisiopatologia delle paratiroidi.

A questo riguardo nota che finora un solo ormone paratiroideo ci è sicuramente noto: quello di Collip, ad azione antitetanica e regolatrice del livello del calcio. Forse anche esiste l'ormone preparato da Thomson, inibitore o frenatore dell'accrescimento (antigrowthormone). Comunque nulla dimostra che esista una azione calciofissatrice, come comunemente si crede. Le lievi decalcificazioni ossee osservate sperimentalmente mediante la provocazione della tetania cronica non hanno gran significato potendosi tali decalcificazioni osservarsi in svariate condizioni specialmente se comportino delle turbe gastrointestinali, come nel caso in parola. Si ricordino ad es. le molto più gravi decalcificazioni che si osservano pure sperimentalmente mediante la derivazione della bile dall'intestino. L'ormone di Collip ha invece certamente una azione mobilizzatrice e dissolvitrice del calcio dello scheletro. Ma una tale azione non potrebbe essere fine a sè stessa: si arriverebbe all'assurdo di un organo la cui funzione sarebbe quella di distruggerne un altro. L'ormone paratiroideo prende il calcio dalle ossa perchè il calcio si trova sopra tutto nelle ossa dove è fissato dalla vitamina D e lo porta altrove dove serve a una finalità utile e necessaria per l'organismo: cioè nel sangue e nei tessuti, dove concorre come uno degli elementi fondamentali a mantenere l'equilibrio elettrolitico, che rappresenta la base della regolazione umorale del sistema nervoso vegetativo. Per la sua azione simpaticotonica l'aumento del calcio nell'organismo porta alla stimolazione della innervazione simpatica e quindi di quella vascolare. Di qui la vasocostrizione e gli spasmi che stanno alla base delle arteriti del

tipo ricordato. Si comprende perciò come la asportazione di una o più paratiroidi o la loro eliminazione funzionale porti alla scomparsa della vasocostrizione e alla correzione parziale o totale della circolazione locale, onde i miglioramenti osservati.

Con tali concetti sulla funzione paratiroidea l'O. si rende conto anche delle altre sindromi riferite ad iperparatiroidismo. Così la malattia di Recklinghausen ha la sua interpretazione in una forte, si potrebbe dire brutale mobilizzazione del calcio osseo, onde intensa e per lo più rapida decalcificazione. In tali casi si ritrova infatti accanto ai segni della iperfunzionalità paratiroidea anche un substrato anatomico vistoso della alterazione paratiroidea, cioè quasi sempre un adenoma (per quanto non costantemente come nel caso personale sopra ricordato). Nella sclerodermia. sostenuta fondamentalmente da alterazioni vascolari che il Pautrier identifica con le fasi iniziali del morbo di Buerger, si ha iperfunzionalità paratiroidea con iperplasia o meno delle paratiroidi, come nel morbo di Buerger, e nella endoarterite diabetica. In questi casi la lesione vascolare si estende oltre che ai capillari e precapillari come nella sclerodermia anche ai vasi arteriosi e magari alle vene per un processo ascendente della affezione.

Più oscura resta la interpretazione dei risultati qualche volta osservati nelle artriti anchilosanti, nel m. di Paget, ecc. Ma questi risultati sembrano molto discutibili e sarebbe prematuro tentarne una interpretazione.

F. MICHELI (Torino). — Non toccherà brevemente che due punti delle esaurienti relazioni di Sisto e Donati, quelli relativi a due forme morbose, la poliartrite cronica primitiva da un lato e l'osteomalacia dall'altro, i cui rapporti con l'iperparatiroidismo sono assai discussi.

Circa la poliartrite cronica primitiva, che, secondo quanto l'O. ha sostenuto da tempo comprende forme alquanto diverse di poliartrite, per quanto aventi tutte con molta verosimiglianza una base infettiva, è fondamentalmente d'accordo con le conclusioni dei relatori e in special modo con quelle, meno assolutamente negative, di Donati.

Accanto ad un gran numero d'insuccessi o di successi effimeri, non manca qua e là qualche successo più decisivo, anche durevole, che sembra poter essere riferito all'intervento sulle paratiroidi (Maragliano). Indubbiamente bisogna andare cauti nell'apprezzare i miglioramenti che si osservano in soggetti giovani, colpiti da forme squisitamente infettive di poliartrite, prima del periodo delle anchilosi. In queste forme e in questo periodo, la malattia ha un decorso intermezzato da fasi di esacerbazione e di tregua, anche di anni, e i miglioramenti ottenuti con vari mezzi o spontaneamente offrono talvolta le apparenze della guarigione.

Comunque, non esclude che la paratiroidectomia od altre operazioni equivalenti (legatura della tiroidea inferiore alla sua estremità distale), possano condurre a qualche risultato in casi in cui è evidente un certo grado di ipercalcemia.

Un aumento manifesto della calcemia non crede si possa ricondurre all'osteoporosi epifisaria che in vario grado si osserva sempre nelle poliartriti croniche infettive, tanto è vero che quivi — come risulta dalle metodiche ricerche di suoi allievi — Robecchi e Battistini — l'aumento della calcemia è estremamente rara e non vi è rapporto tra il grado di osteoporosi epifisaria e quello della calcemia.

L'aumento della calcemia nel siero di sangue esprime dunque un disordine dei poteri regolatori del calcio e con ogni verosimiglianza un disordine funzionale delle paratiroidi; e l'intervento su queste ghiandole può migliorare la situazione, forse modificando il regime circolatorio a livello delle articolazioni colpite, alle cui anomalie (spasmi arteriolari e capillari) si attribuisce una certa importanza nella patogenesi delle poliartriti.

E veniamo all'osteomalacia. Malgrado le chiare differenze del quadro clinico-radiologico e di quello anatomo-istologico dell'osteomalacia e della osteo-distrofia tipo Recklinghausen, c'è oggi una certa tendenza a riprendere il vecchio concetto già sostenuto da Recklinghausen e ad attenuare la nettezza dei confini che, dopo la dimostrazione dell'origine iperparatiroidea della osteo-fibrosi cistica, separavano le due forme morbose.

Si parla difatti di casi intermedii, di forme di associazione e perfino di forme di transizione (Jung), capaci di affermare l'intimità dei rapporti tra le due malattie.

Intimità dei rapporti che sarebbe dimostrata:

1) dal riscontro in casi definiti come osteomalacia di veri e proprii tumori o di notevoli iperplasie diffuse o a focolaio delle paratiroidi (Erdheim, Schmorl, Schupp, ecc.);

2) dalla possibile coesistenza con un quadro clinico radiologico di osteomalacia della sindrome biochimica più o meno netta e completa della m. di Recklinghausen (aumento della calcemia, aumento della calciuria, ecc.) (Bastai e Dogliotti, Leriche, Jung, Massa, ecc.).

3) dal successo ottenuto in casi di questo tipo colla paratiroidectomia (Bastai e Dogliotti, Leriche, Jung).

Bisogna andare cauti, a parere dell'O., nell'avvicinar processi morbosi così differenti.

Anche sotto l'aspetto biochimico, le metodiche ricerche compiute da Molfese nella Clinica di Torino su parecchi casi di osteomalacia tipica, hanno dimostrato la profonda differenza che esiste fra le due affezioni.

Nella m. di Recklinghausen ipercalcemia, ipercalciuria con perdite relativamente moderate di calcio per le feci ecc., come risulta dalle relazioni.

Nell'osteomalacia, bilancio del calcio positivo o negativo a seconda dei casi, ma calcemia in limiti pressochè normali, nessun aumento ma di solito diminuzione della calciuria, relativo o assoluto aumento del calcio eliminato con le feci, miglioramento dello stato degli ammalati e del ricambio calcico sotto l'influenza dell'estratto di paratiroidi (Molfese), ecc.

Dirà di più.

In un caso raccolto di recente nella sua Clinica ed accuratamente studiato dal dott Molfese, ha fatto praticare, a titolo di *experimentum crucis*, la paratiroidectomia.

Si tratta di una donna di circa 40 anni, con un quadro di osteomalacia tipico che sotto l'aspetto clinico e radiologico, datante da 4 anni, associato ad una classica forma di diabete renale e con un quadro biochimico ugualmente caratteristico: calcemia fra 10,2 e 11,3 mmg. %, potassiemia fra 17,1 e 18,9 mmg. %, calciuria diminuita, relativo aumento del calcio fecale, fosforo inorganico nel sangue 1,6 mmg. %.

Ebbene, in questo classico caso la paratiroidectomia eseguita dal prof. Stropeni con l'asportazione di due paratiroidi dimostratesi all'esame istologico perfettamente normali, non ha esercitato alcuna manifesta influenza sul processo esteomalacico.

Anche sotto questo aspetto, dunque, la differenza è profonda fra le due affezioni.

Fra le quali non crede si possa parlare di forme di transizione, ma al più di forme di associazione dei due processi.

L'osteomalacia vera, adunque, con sindrome clinica-radiologica e biochimica tipica, non è suscettibile di interventi chirurgici sulle paratiroidi.

Questi interventi, quando sono veramente efficaci, si riferiscono indubbiamente a « forme pseudo-malaciche di osteo-distrofia paratiroidea ». Certo, l'esistenza di queste forme consiglia di ricercare in ogni caso di osteomalacia la sindrome biochimica della m. di Recklinghausen.

F. Marcolongo (Torino). — L'O. riferisce su un caso di ipertensione arteriosa primitiva di alto grado senza lesioni renali, in cui fu proceduto all'intervento chirurgico sulle paratiroidi. Dopo l'intervento, si ebbe abbassamento sensibile sia della Mx che della Mn durata per circa 5 mesi, dopodichè i valori pressori tornarono alle cifre iniziali (220-130). L'O. si sofferma a discutere l'interpretazione di questo caso non facile sia per la mancata dimostrazione di alterazioni funzionali dell'apparato paratiroideo, sia perchè non furono asportate le paratiroidi, promettendosi di tornare in argomento con successive osservazioni cliniche.

C. Foà (Milano). — Tratta il tema del metabolismo calcico nelle affezioni dello scheletro. Mette in rilievo l'enorme importanza biologica del calcio: l'assorbimento gastroenterico del calcio influenzato da diversi fattori inerenti alla dieta ed ai succhi digerenti; l'alcalinità del contenuto intestinale è condizione sfavorevole all'assorbimento del calcio, mentre l'acidità ottenuta con l'ingestione di acidi organici favorisce l'assorbimento. Se la dieta è ricca di cloruri di sodio l'assorbimento del calcio è maggiore, mentre esso è contrastato da un eccesso di potassio, di magnesio o di fosfati. Interessante sia per l'assorbimento che per il trasporto e la escrezione del calcio è la solubilità nella bile. Il rapporto Ca:P nell'alimentazione ha pure una grande importanza nell'assorbimento del calcio. Esistono proporzioni ottimali non soltanto fra calcio e fosforo, ma anche fra grassi calcio e fosforo. La concentrazione alla quale si porta il calcio nel sangue, dopo somministrazione orale, non può essere presa come indice dell'assorbimento soltanto, potendo essa variare per intensità e per durata a seconda della rapidità della eliminazione. E il fatto che questa avvenga con le feci non basta a far ritenere che il calcio introdotto per via orale non sia stato assorbito poichè esso potrebbe invece essere stato assorbito da una parte del canale alimentare per essere riversato dal sangue in un'altra parte di esso, e venire così eliminato.

Tratta quindi i fattori della calciofissazione facendo rilevare che si attribuisce alla ipocalcemia, e sopratutto ad una minore concentrazione del calcio dei muscoli la tetania che consegue all'estirpazione delle paratiroidi; e gli animali che soccombono troppo rapidamente all'operazione mostrano una progressiva decalcificazione delle ossa e dei denti. Non meno importanti sono i rapporti tra calciofissazione e vitamina D, la quale ha grande somiglianza coll'ergosterolo irradiato con raggi ularavioletti. Producendo sperimentalmente la richitide con una dieta squilibrata nel rapporto tra calcio e fosforo, ricca ad esempio di calcio, ma poverissima o priva di fosforo, con la somministrazione di ergosterolo irradiato si guarisce la rachitide provocando in breve tempo la calcificazione delle ossa.

Studiati gli effetti delle altissime dosi di ergosterolo irradiato, l'O. trovò che gli effetti di tale somministrazione eccessiva dipendono dalla quantità di calcio che viene contemporaneamente somministrata. Se essa è alta si ottiene ipercalcemia di grado elevato con diffusi depositi di calcio negli organi, ma senza lesioni ossee, se invece alla dose eccessiva di ergosterolo irradiato non si accompagna corrispondente somministrazione di calcio le conseguenti ipercalcemia e calcificazioni eterotrope si producono a spese del calcio derivante dalle ossa. In tal caso si provoca precipitazione del calcio nelle pareti vasali, miocardio, polmoni, reni, surreni, muscoli intercostali, pareti gastriche e se questo calcio non può derivare da quello comune introdotto nell'organismo, esso viene mobilizzato dalle ossa che si decalcificano. Si manifesta dunque un fenomeno apparentemente paradosso e cioè una forte ipocalcemia per dosi eccessive di ergosterolo irradiato. L'iniezione sottocutanea di paratormone (Collip) aumenta la concentrazione del calcio nel siero proporzionalmente alla dose dell'ormone. Aumentano pure, lievemente e fugacemente, il K e il magnesio del siero. Talvolta i fosfati inorganici diminuiscono, talvolta invece cresce il P totale e anche l'ione PO^4 del siero. La diminuzione della riserva alcalina e l'acidosi che ne consegue possono alterare il rapporto Ca:P del siero.

La somministrazione del paratormone per via gastroenterica è assolutamente inefficace, anche se si usano alte dosi di preparati molto attivi. L'escrezione del Ca e del P con le feci è poco alterata. Si può pensare che la maggior quantità di Ca secreto derivi dalle ossa. Somministrando dosi alte a cani per oltre 6 mesi si provocano estesi riassorbimenti nella parte spugnosa e parietale delle ossa, con formazione di tessuto osteide e fibroso, e con deformazione degli arti: un quadro molto simile alla osteite fibrosa generalizzata. D'onde proviene il calcio che si deposita nei tessuti? Certo il fattore determinante di questa precipitazione sta nell'aumento simultaneo delle concentrazioni del Ca e del P nel sangue, e questo aumento può essere dovuto tanto ad un maggior versamento quanto ad una diminuita escrezione.

L. Condorelli (Napoli). — Uno dei punti sui quali è d'accordo col prof. Foà è considerare l'alcalosi come un fattore patogenetico. La questione del calcio non deve essere considerata separatamente. Quando si procede alla paratiroidectomia, si ha sempre un abbassamento del tasso del calcio e un aumento del tasso del fosforo e del potassio e questo è un fatto costante, mentre coll'ormone paratiroideo si ha come fatto essenziale che l'ormone paratiroideo è un regolatore di tutto l'equilibrio elettrolitico dell'intero organismo. L'iperpotassemia ha influenza sul ritmo cardiaco che con dosi di calcio si riequilibria. L'azione della paratiroide è regolatrice su molti organi; si può avere, in animali fortemente ipo-

calcemici in seguito a paratiroidectomia, un ricambio del calcio totale positivo (aumentato) mentre in quelli che hanno avuto il paratormone si può riscontrare un bilancio negativo.

A. PEPERE (Milano). — Non si sente di poter seguire questa entusiastica ascensione che accompagna la dottrina dell'iperparatiroidismo, e si permette di suggerire ai giovani una parola di prudenza. Dice che si ripetono oggi le esagerazioni in cui si ricorse anni or sono quando sorse la dottrina dell'ipoparatiroidismo. Le forme osteo- ed artropatiche distrofiche paratiroidee hanno limiti molto elastici. La malattia di Recklinghausen è la tipica distrofia ossea da alterazioni paratiroidee e non vale a delimitare nulla, perchè i confini del morbo di Recklinghausen colla forma di Paget e con altre distrofie non sono per nulla netti. È strana la esistenza constatata di strumi paratiroidei a sede anormale. Non negativismo assoluto adunque, ma prudente e sobria raccolta di fatti, la cui valutazione porterà a concetti definitivi finora non ancora raggiunti.

Risposta dei Relatori.

Il prof. SISTO ringrazia i vari oratori per le parole di elogio rivoltegli. Ricorda ancora una volta che la sua relazione non può essere che una tappa ed un nuovo punto di partenza verso ulteriori progressi per la valutazione delle innumerevoli questioni che sono sorte durante la discussione. Molti problemi infatti sono stati posti, ma molti di essi, almeno per ora, appaiono non di facile soluzione. Gli interventi sulle paratiroidi nei casi di artriti croniche e di sclerodermia sono ancora troppo pochi per offrire dati sicuri, ma l'O. ritiene che non convenga abbandonare tale indirizzo.

Il prof. DONATI dopo aver ringraziato anch'egli tutti i colleghi che hanno voluto esprimergli parole di encomio, fa rilevare l'importanza dell'argomento trattato in questo Congresso, come è risultato dalla brillante e profonda discussione.

Oltre a ciò gli sembra che da essa è risultato che, trattandosi di un problema assai complesso e troppo disparati essendo i dati attualmente forniti dalla casistica, sia più che logica quella cautela e quella prudenza che egli ha raccomandato nella sua relazione e che con piacere ha sentito condivisa da molti colleghi.

A tale proposito non può fare a meno di ricordare la eventualità di paratiroidi aberranti, che dopo aver asportato sicuramente una, due paratiroidi, possono esercitare la loro funzione o impedire eventuali miglioramenti.

Al momento attuale non è pertanto possibile dire ai medici una parola sicura perchè all'infuori della doverosa ricerca del tumore o iperplasia paratiroidea nella osteodistrofia fibrocistica, altre conclusioni precise non si possono per ora trarre. Nella poliartrite è da consigliarsi l'intervento in periodo preanchilotico.

(Il resoconto della seduta in comune è stato redatto con la collaborazione del prof. P. VALDONI).

* * *

A sede del prossimo Congresso è stata fissata Roma.

I temi posti all'ordine del giorno sono:

Le meteropatie;

Le bronchiettasie (in comune con la Chirurgia);

Le pleuriti nell'esercito. A. POZZI.

ACCADEMIE E SOCIETÀ MEDICHE

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 24 giugno 1933-XI.

Presiede il Prof. S. BAGLIONI, presidente.

Ulcera peptica postoperatoria sulla seconda porzione del duodeno.

Prof. A. CHIASSERINI. — L'O., riferisce su un caso di ulcera peptica della seconda parte del duodeno, sopravvenuta dopo gastro-duodenostomia infrapapillare. Questo caso dimostra che la asserita refrattarietà della seconda parte del duodeno allo sviluppo di ulcere peptiche scompare, quando tale porzione del duodeno è posta in condizioni analoghe a quelle che favoriscono l'insorgere dell'ulcera peptica del digiuno.

Prof. A. CHIASSERINI. — *Paratiroidectomia e ganglionectomia simpatiche per sindrome di spondilosi rizomelica.*

Prof. V. JURA. — *Il ricambio materiale del glicosio nei portatori di tumori maligni prima e dopo la loro asportazione.*

Prof. G. MELDOLESI. — *Ricerche sull'emoglobina umana in condizioni normali e patologiche.*

Prof. G. MELDOLESI. — *L'azione della digitale sulla secrezione gastrica in condizioni normali e patologiche.*

Dott. A. COLARIZI. — *Mielosi globale aplastica con esito in leucemia sistemica linfoblastica.*

Partecipano alla discussione i proff. GIUDICEANDREA e PONTANO.

Dott. A. COLARIZI. — *Due casi di agranulocitosi.*

Un caso di bottone di Oriente, con localizzazione palpebrale, autoctono dell'Italia centrale.

Dott. G. SARNELLI. — L'O. comunica un caso di bottone d'Oriente, con localizzazione palpebrale, da lui diagnosticato, col reperto parassitologico, in un giovane militare proveniente da Pescara e da Nettuno. Mette in rilievo l'importanza di questo caso dal punto di vista della nosografia dell'Italia, e dell'Italia Centrale, e richiama l'attenzione dei medici sulla frequenza delle leishmaniosi cutanee da noi, frequenza che non è senza rapporto con la diffusione delle altre leishmaniosi interne.

Partecipano alla discussione i proff. GIUDICEANDREA, PONTANO e ARCANGELI.

Prof. G. MATRONOLA. — *Pseudocisti ematica della milza.*

Applicazione di un ago da puntura esplorativa al trequarti aspiratore.

Prof. G. MATRONOLA. — L'O. ha fatto passare attraverso il mandrino dell'aspiratore un ago da punta esplorativa, in modo che sulla sua guida si possa infossare l'aspiratore senza estrarre l'ago. Questo ha il vantaggio di non permettere dispersione di liquidi patologici e di guidare il trequarti nella cavità esplorata.

Prof. P. TESTONI. — *Comportamento della resistenza degli eritrociti alle saponine, e dei lipoidi negli animali intossicati a vario grado con acetato talloso.*

Prof. V. GHIRON. — *Su di un caso di impianto di epitelioma del ceco sulle pareti addominali e di plastica con il muscolo psoas.*

Il Segretario: G. AMANTEA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla patogenesi e terapia della sciatica radicolare.

Abbiamo già avuto occasione di citare i dati di Loew sull'effetto benefico della puntura lombare nell'ischialgia radicolare.

Ora J. Wilder (*Mediz. Klinik*, 8 sett. 1933) avendo ottenuto risultati analoghi, ritiene che possano essere spiegati ammettendo che la patogenesi dlel'affezione nella maggior parte dei casi sia una *aracnoidite sierosa circoscritta cistica.* L'A. in radiogrammi, operazioni e autopsie ha potuto ripetutamente costatare tale reperto anatomo-patologico; la stessa puntura lombare eseguita coll'ago munito di manometro attesta spesso l'esistenza dell'aracnoidite circoscritta. Difatti la pressione alta o normale da principio si abbassa rapidamente e difficilmente torna al livello primitivo; essa è poco influenzata dalle solite manovre (compressione al collo, azione del torchio addominale); il liquor estratto è normale, se si eccettua una lieve pleocitosi. Praticando invece la puntura al disotto della zona classica (p. es. fra la L_5 e S_1) si riscontrano spesso nel liquor dei segni classici di compressione: albumina aumentata, talora xantocromia, ecc.

Con ciò sembra chiarito il valore terapeutico della puntura lombare nella sciatica radicolare; lo svuotamento della cisti porta con sè una guarigione transitoria o permanente della sintomatologia dolorosa. S. MINZ.

Meningite linfatica benigna.

Fra le meningiti a liquor limpido, appartengono le varie forme meningitiche con linfocitosi nel liquor. La forma linfocitica classica è la meningite tubercolare, che dovrà per la prima essere presa in considerazione per essere ammessa od esclusa quando in un paziente che presenta segni di irritazione meningea, la puntura lombare dia il reperto di un liquor limpido con aumento notevole delle sostanze proteiche e degli elementi citologici rappresentati da linfociti.

Tale è appunto il caso presentato da R. Rizzatto (*La pediatria*, 1° sett. 1933) di un bambino di 5 anni in cui il reperto del liquor dava aumento di sostanze proteiche e spiccata linfocitosi, mentre l'insorgenza subacuta della forma, la sintomatologia non molto imponente di irritazione meningea, i dati anamnestici del contatto nei primi mesi di vita del bambino con la madre affetta da tubercolosi polmonare portavano a formulare la diagnosi di meningite tubercolare.

Tale diagnosi veniva convalidata dal reperto radiografico, che metteva in evidenza un quadro polmonare riportabile a focolai disseminati di infiltrazione specifica peribronchitica. Contrastavano invece con tale diagnosi altri dati, quali l'assenza di diminuzione dello zucchero nel liquor e soprattutto l'intradermoreazione negativa alla tubercolina, senza che il paziente fosse in condizioni di cachessia.

Gli esami successivi del liquor hanno messo in evidenza modificazioni rapide, con diminuzione delle alterazioni di composizione chimica e citologica, mentre la guarigione rapida ed il reperto negativo delle prove biologiche hanno fatto escludere del tutto la forma tubercolare.

Il reperto radiologico può venire interpetrato come broncopolmonite influenzale.

Nella diagnosi differenziale erano da escludersi: la meningite luetica (negatività delle reazioni sierologiche e decorso), la meningite linfocitaria in rapporto con la poliomielite anteriore acuta (assenza di ogni sintomo di questa malattia), la meningite cerebro-spinale (negatività della cultura e sostituzione successiva della polinucleosi alla linfocitosi). Rimane quindi soltanto la meningite linfocitaria benigna; che può ritenersi primitiva e sulla cui eziologia non è possibile pronunziarsi (influenza?).

fil.

La cura della cefalea.

Ogni medico pratico affronta con un senso di scoraggiamento la cura di quelle cefalee croniche che tormentano i malati e rendono vani i diversi sedativi.

Helmut Schwahn (*Die Medizin. Welt*, 23 settembre 1933) ritiene che, escluse naturalmente le cefalee d'origine neoplastica centrale, infettiva o traumatica, gran parte di questi malati sono degli intossicati; e l'intossicazione è di origine epatica.

Si tratta talora di donne adipose, nell'epoca del post-climaterio, con fegato aumentato di volume e di consistenza, oppure di soggetti sofferenti di calcolosi, o ancora di membri di famiglia in cui gli epato-pazienti sono numerosi e la malattia ereditaria.

Anche nei soggetti apparentemente sani di fegato l'A. ritiene che un simile tipo d'intossicazione possa escludersi con certezza.

Basandosi su questi concetti, la cura delle cefalee si basa nella somministrazione giornaliera di fegato fresco, o sotto forma di estratti, associata all'uso di abbondanti quantità di idrati di carbonio.

L'A. ha ottenuto in tal modo brillanti risultati V. SERRA.

Acetil-β-metilcolina.

L'azione sugli individui normali di questo derivato della colina è stata studiata da I. Staarr, K. A. Elsom, J. A. Reisinger e A. N. Richards (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, settembre 1933).

L'iniezione sottocutanea di 20 mg. provocava rossore della faccia e del collo, sudorazione, salivazione, modica caduta della pressione, aumento della profondità del respiro e della frequenza del polso. Questi fatti durano 15-20', durante i quali in molti si ha aritmia sinusale. Nessuna modificazione circolatoria fu osservata agli arti.

In un caso l'iniezione provocò un attacco asmatico tipico della durata di 3 minuti. In 5 casi si ebbero movimenti peristaltici intestinali.

La somministrazione orale produce effetti solo se la dose è 50-100 volte superiore a quella usata per via sottocutanea e gli effetti sono più tardivi.

L'azione di questa sostanza è di stimolare i nervi parasimpatici.

L'influenza dell'acetil-β-metilcolina sull'apparato gastrointestinale è stata studiata da W. Osler Abbott (nella medesima rivista succitata). Egli studiò il tono e la peristalsi dello stomaco, del digiuno e del colon mediante l'introduzione nel tubo digerente di un pallone di gomma, riempito poi di acqua e posto in comunicazione con un tamburo registratore.

Su 9 persone normali la sostanza in esame in 6 si ebbe aumento della quantità di succo gastrico mentre scarsissime erano le modificazioni dell'acidità.

Su 6 casi di ipocloridria si notò aumento dell'acidità in 3 casi, mentre in 3 casi di acloridria non si ebbe nessuna modificazione.

A stomaco vuoto la somministrazione per via sottocutanea arrestava le contrazioni da fame, mentre a stomaco pieno la peristalsi aumentava. Le contrazioni del tenue erano sempre aumentate, mentre non sempre questo avveniva per il colon.

Quindi l'acetil-β-metilcolina è stimolante dell'attività motoria gastrointestinale.

Nella stitichezza però solo rare volte essa ha provocato l'evacuazione dell'intestino, mentre spesso (9 volte su 14) ha dato miglioramento nella distensione addominale post-operatoria.

I. Starr (*loco citato*) ha veduto cessare 20 attacchi (su 29 osservati) di bradicardia parossistica, mentre nessuna efficacia vide in un caso di tachicardia da malattia tiroidea.

Nel morbo di Raynaud non si ha la cessazione dello stato spastico dei vasi periferici, ma però si ha un miglioramento locale. Miglioramento si ha pure nella tromboangioite obliterante, in cui sopra tutto fa diminuire il dolore.

Altra azione clinicamente rilevabile è l'abbassamento della pressione arteriosa come pure l'efficacia degli spasimi dei vasi cerebrali.

I vari effetti dell'acetil-β-metilcolina sono neutralizzati dall'atropina. L. LUSENA.

Influenza del simpatico sulla funzione sessuale maschile.

N. Pende comunica (*Accad. Medica*, 15 settembre 1933) delle osservazioni cliniche da cui risulta che i soggetti maschili con segni di ipertonia simpatica presentano spesso segni permanenti o periodici di *impotentia coeundi*.

L'autore, in collaborazione con i suoi allievi, sta studiando la possibilità d'isolare rami simpatici che, scendendo dal midollo lombare, si dirigono ai genitali, esercitando un'azione inibitrice sul processo dell'erezione.

Nella donna, la resezione del nervo presacrale favorisce la rapida comparsa del flusso mestruale, abitualmente inibito dal simpatico; è possibile che un simile intervento nell'uomo possa rappresentare la cura nei casi di erezione debole o assente. V. SERRA.

NOTE PRATICHE.

Nel ritardo nella guarigione delle ferite.

L'insulina migliora la tolleranza ai carboidrati non solo nel diabete mellito, ma anche nelle malattie infettive acute.

Rabinovitch (*Arch. Surg.*, aprile 1933, in *Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 17 giugno 1933) ha osservato che l'insulina fa guarire rapidamente ferite che stentano a guarire anche in soggetti apparentemente non diabetici. Solo una più vasta esperienza in proposito potrà dirci se in questi casi si tratta di soggetti in cui il diabete, pur non essendo allora in atto, si manifesterà più tardi.

R. LUSENA.

NOTE DI TECNICA.

L'ultrafiltrazione in batteriologia.

R. Le Guyon (*Annales Inst. Pasteur*, n. 3, sett. 1933) ricorda dapprima brevemente la storia dell'ultrafiltrazione; il primo a usare i sacchetti di collodion fu il Sanarelli, il primo a parlare di ultrafiltrazione il Bonel.

L'A. descrive quindi a lungo le tecniche personali di ricerca, e sopratutto il modo di ottenere un certo numero di sacchi di collodion standardizzati, tutti uguali.

Riferisce sulle sue esperienze circa l'ultrafiltrabilità del batteriofago, della piocianina, della tubercolina, della tossina difterica: ed accenna ad alcune ricerche fatte sui virus cancerosi. V. SERRA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo allo studio dei rapporti tra le glandole a secrezione interna e l'escrezione del latte.

Q. Calabro e F. Fantozzi (*Archivio dello Istituto Biochimico Italiano*, febbraio 1933) si sono prefissi di studiare tutte le variazioni ottenibili sulla escrezione del latte per azione degli increti, quantitative ma più specialmente qualitative. Per prima orientazione hanno usato alcuni estratti ghiandolari per via ipodermica ed hanno tenuto conto delle variazioni ottenute in pochi elementi del latte: quantità escreta nelle 24 ore, densità, punto crioscopico, residuo secco, quantità percentuale dei grassi. Gli increti usati sono stati: l'ormone tiroideo, il paratiroide e l'ovarico; l'animale da esperimento, la capra.

I risultati ottenuti dagli AA. sono i seguenti: La tiroide, somministrata in dosi forti, è capace di favorire l'escrezione del latte. Il punto crioscopico varia, e ciò è da mettersi in rapporto con l'aumento del metabolismo portato con la somministrazione tiroidea. Il grasso, infine, è aumentato.

Anche la paratiroidina produce aumento nella produzione del latte delle 24 ore; il punto crioscopico è in aumento.

L'ovaio invece inibisce l'escrezione del latte; ma produce aumento dei grassi ed innalzamento del punto crioscopico.

Gli AA. concludendo sono di opinione che questi risultati ottenuti non possono essere generalizzati, in quanto che alla base delle ricerche praticate per mezzo delle ghiandole a secrezione interna, stanno le condizioni endocrino-nervose individuali. VICENTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI

« *Poiano* » *e mal delle miniere*. — Al dott. R. S. da C.:

Il « poiano » è la denominazione dei minatori italiani per indicare la malattia delle miniere ed il gas che la produce. Tale gas è il prodotto di combustione degli esplosivi usati. Con la polvere nera, che era la sola adoperata un tempo, si ha la produzione di anidride carbonica (CO_2), ossido di carbonio (CO), ed azoto (N) e prodotti nitrosi, oltre a carbonato e solfato di potassio ed a particelle di carbone incombusto. I moderni esplosivi, a base di nitrocellulosa (cotone fulminante, gelatina esplosiva) e di nitroglicerina (dinamite) non danno — teoricamente — produzione di CO. Elevata è invece la produzione di CO col trinitrotoluol (tritol, trotil, tolite, TNT) che è stato molto usato in guerra, ma che è generalmente escluso dai lavori minerari appunto per la formazione di CO.

Ma anche con i due tipi di esplosivi a base di cotone fulminante e di nitroglicerina (nei lavori minerari, si usa generalmente la dinamite) si possono avere, per combustione incompleta di qualche parte CO e prodotti nitrosi, che insieme con CO_2 costituiscono appunto il « poiano ». All'irrespirabilità dell'aria contribuiscono anche i prodotti della respirazione dei lavoratori in miniera.

L'azione tossica è determinata essenzialmente dal CO, che provoca la sindrome nota e dai prodotti nitrosi, che sono tossici insidiosi in quanto che possono determinare la morte tardivamente dopo un periodo di relativo benessere.

Come profilassi, uso di buoni esplosivi e ventilazione razionale delle mine. Nel pronto soccorso: respirazione artificiale continuata a lungo, inalazione di ossigeno; se vi è cianosi, salasso; riposo prolungato. A. FILIPPINI.

All'abb. n. 10480-1:

Il certificato rilasciato dalla Segreteria Universitaria per gli esami di abilitazione all'esercizio professionale sarà tenuto per valido per il passaggio nel Corpo Sanitario Militare e per la nomina a S. Ten. Medico di complemento, sempre che il competente Ministero dell'Educazione Nazionale non abbia già rilasciato il diploma prescritto, nel quale caso, esso diploma dovrebbe essere prodotto in originale o in copia notarile. D. B.

VARIA

Influenza delle vegetazioni adenoidi sulle ghiandole sessuali.

S. Citelli (*Riv. Ital. di Terapia*, 30 giugno 1933), dopo aver ricordato come egli per il primo abbia da molto tempo dimostrato che le vegetazioni adenoidi possono provocare alterazioni cellulari del lobo anteriore dell'ipofisi, con sintomi e disturbi ipofisari diversi, fa notare come tali alterazioni, verso l'epoca della pubertà possono produrre anche disgenesia o per lo meno disfunzione degli organi sessuali sia maschili che femminili, e qualche volta arrivare persino a provocare una vera e propria sindrome di Fröelich. A dimostrazione del suo asserto, l'A. riporta alcuni casi di femminilismo ipofisario, di ritardato o anche arrestato sviluppo degli organi sessuali sia maschili che femminili guariti o migliorati — salvo qualche caso in cui la terapia è intervenuta molto tardi, con l'asportazione delle vegetazioni adenoidi sola o integrata dalla terapia ipofisaria. — Tale concezione, appoggiata su dati clinici, è anche confermata dalle recenti ricerche di Aschheim e Zondeck e altri, con le quali si è chiaramente dimostrata l'influenza notevole del lobo anteriore dell'ipofisi sullo sviluppo e funzione delle ghiandole sessuali e sullo sviluppo somatico in generale.

Onde a nessuno può sfuggire l'enorme importanza sociale di questi concetti, data la grande frequenza delle vegetazioni adenoidi, che, curate in tempo, eviteranno uno stato morboso più tardi irreparabile.

G. LA CAVA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. TIRELLI. *Sulla cura dell'atrofia tabetica del nervo ottico*. — Ist. Ed. Cesalp., Milano, 1933.

A. ALHAIQUE. *Sui carcinomi metastatici delle ossa*. — Rinasc. Medica, Napoli, 1933.

E. BRANCO RIBEIRO. *Torsao de cordao espermatico em testiculo ectopico*. — Imp. Mercatali, Buenos Aires, 1933.

D. LIOY e R. MILIANI. *Sugli effetti della stenosi e della secondaria chiusura della vena porta previa omentopessia (operazione di Talma-Schiassi)*. — F. Vallardi, Milano, 1933.

A. FERRI. *La tubercolosi ed il compito del medico pratico*. — L. Cappelli, Bologna, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La ginecologia nella politica demografica.

Al Congresso delle Scienze, recentemente tenutosi a Bari il Prof. Gaifami ha trattato i rapporti della ginecologia ed ostetricia col grave problema demografico che assilla molte delle nazioni europee. Sunteggiamo qui alcuni dei punti più significativi della dotta conferenza, che fu seguìta con vivo interessamento da parte del pubblico ed altamente elogiata dall'on. Blanc, il quale ha rilevato il grande contributo fattivo del Prof. Gaifami alla lotta demografica iniziata dal Regime.

Ricordata la impostazione attuale del problema demografico e l'allarme sulla tendenza alla denatalità, analizza le cause molteplici che vanno portando alla riduzione delle nascite: dalla limitazione volontaria del concepimento alla riduzione biologica della fecondità; dalla sterilità alla nati- e neonati mortalità.

Rivendica alla ginecologia italiana il merito di non essersi mai lasciata allettare dalle correnti di oltre Alpe che sotto l'una o l'altra veste, tentavano di importare il controllo delle nascite; ricorda pure le benemerenze acquistate nelle direttive per l'aborto provocato facendo predominare sempre il concetto di combattere la complicazione e non di sopprimere il fatto fisiologico e ricorda la conquista nella terapia sia ostetrica sia ginecologica.

Si sofferma poi in modo speciale sulla sterilità e vi vede una quota di ricupero abbastanza larga se diagnosi e cure siano tempestive e complete. Per realizzare codesta possibilità *propone la creazione di speciali centri di diagnosi e di cura della sterilità*, in un primo tempo almeno presso gli istituti universitari, salvo poi a dotarne almeno tutti i capoluoghi di provincia; e *suggerisce la istituzione di premi alle donne bisognose* analoghi ai premi di nuzialità, se non si potrà accettare la proposta di riconoscere come titolo al ricovero ospedaliero la diagnosi di sterilità curabile.

Passa poi a dimostrare l'entità della perdita demografica rappresentata dalla *nati-* e *neonati-mortalità*: sono circa 80 mila vite annue perdute, fra le quali si potrebbe avere un largo quoziente di salvezza. Basta pensare che nel 23 % figura la sifilide, ossia una malattia in cui le cure specifiche hanno raggiunto grande efficacia; occorrerebbe organizzare una assistenza sistematica per le gestanti luetiche negli istituti ostetrici per le difficoltà che si incontrano per lo più a far frequentare i dispensari celtici alle donne maritate.

Analizza la mortalità legata al parto e la morbilità, accennandone la importanza nel problema demografico e, sulla scorta di cifre ufficiali, constata che non si è avuto negli ultimi anni il miglioramento auspicato e che si presumeva di raggiungere con la creazione dell'O. N. Maternità e Infanzia, la grandiosa istituzione parastatale preconizzata dagli ostetrici e dai pediatri e realizzata dal Regime Fascista.

A questo riguardo rileva che l'azione dell'O. N. M. I. si è sopratutto svolta nel campo profilattico, nel quale si sono già conseguiti discreti risultati che miglioreranno ove negli organi esecutivi centrali e periferici l'elemento tecnico venga utilizzato maggiormente che ora. Questo era stato chiesto già nel recente Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, tenutosi a Bari e nel quale una intera giornata è stata dedicata ai temi di ordine sociale. In quel Congresso venne fra l'altro raccomandato che non si limiti l'azione dell'O. N. M. I. alla profilassi quasi solo efficiente per la gravidanza e non altrettanto per le complicazioni del parto, che sono pur quelle che dànno una mortalità fetale anche più dolorosa dal lato eugenico, perchè incide su figli bene sviluppati e sani. Senza invocare innovazioni legislative l'oratore ritiene sufficiente una applicazione più totalitaria della legge attuale, che prevede anche il pronto soccorso ostetrico e disciplina la ospedalizzazione.

Occorre valorizzare gli istituti esistenti, evitando doppioni che sarebbero superflui, concentrando invece gli sforzi per la creazione di nuovi centri bene attrezzati e diretti dove mancano, organizzando poi gli uni e gli altri in modo che la loro sfera di azione si estenda per largo raggio nelle zone rurali circostanti, le quali sono oggi ancora troppo poco curate nella assistenza ostetrica. Si è anche invocata la comprensione dei nuovi compiti da parte degli Enti e dei Gerarchi. Sopratutto fu messa in luce l'urgenza e la imponenza dei problemi assistenziali nel Mezzogiorno, che ha bensì il primato delle nascite, ma ha anche quello della mortalità infantile e anche della nati-mortalità (col massimo in Lucania e in Campania), che riceve assegnazioni proporzionate alla popolazione e non all'indice di natalità e dove non è il caso di integrare, ma di creare *ex novo* gli istituti.

CONCORSI.

Posti vacanti

Amantea (*Cosenza*). — Scad. 30 nov.; 2ª condotta e dispensario antimalarico; L. 6000 e 5 quadrienni dec.; deduz. 12 %; età lim. 45 a.

Arezzo. *Comune*. — Scad. 15 gen., ore 18; 6ª condotta; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre lire 3000 cavalc., L. 800 arm. farm.; riduz. 12 %; voti negli esami spec. e di laurea o di abilitaz.; età lim. 45 a. al 14 ott.; doc. a 6 mesi dalla stessa data.

Besozzo (*Varese*). — Scad. 30 nov.; L. 8000 e aggiunta di famiglia; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 7 ott.

BONORVA (*Sassari*). — Scad. 20 nov.; L. 9500 ridotte del 12 %, 5 quadrienni 1/10.

CAPURSO (*Bari*). — Scad. 27 nov.; con Cellamare; L. 12.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 c.-v., L. 1800 cav., non soggetti a ritenuta 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

CHIARANO (*Treviso*). — Scad. 31 dic.; L. 8000 e quadrienni dec.; addizion. L. 5 oltre il 25 % della popolaz.; per uff. san. L. 600; riduz. 12 %; trasp. L. 800 a L. 4000 secondo il mezzo; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

COLICO (*Como*). — Scad. 20 nov.; L. 9000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 3500 trasp., L. 500 ambulat. se in casa del medico; addizionale L. 5 oltre i 400 pov.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; biennio servizio effettivo in ospedale o condotta; tassa L. 50.

GINESTRA DEGLI SCHIAVONI (*Benevento*). — Scad. 25 dic.; L. 7500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

MERGO (*Ancona*). — Vedere ROSORA-MERGO.

MOTTA D'AFFERMO (*Messina*). — Scad. 31 dic.; L. 9000 oltre L. 500 uff. san.

NIZZA MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 16 genn.; 1ª cond.; L. 7000 e 4 quinquenni dec.; indennità di c.-v., di servizio e di cavalcatura.

REGGIO EMILIA. *Consorzio Provinc. Antituberc.* — Scad. 20 dic., ore 18; aiuto medico del dispensario provinc. di Reggio Emilia; L. 12.000 oltre L. 2000 serv.; riduz. 12 %; non aumenti nè c.-v.; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 20 ott.; tassa L. 50,10; titoli ed esami. Chied. annunzio. È vacante anche il posto di assistente sanitaria visitatrice.

RIGNANO SULL'ARNO (*Firenze*). — Scad. 12 febb.; per Troghi; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 cavalc. (salvo varianti); decurtaz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

RIVE D'ARGANO (*Udine*). — Scad. 31 dic.; rivolgersi Segret. comun.

ROSORA-MERGO (*Ancona*). — Posto per la condotta di Mergo. Scadenza tredici dicembre 1933-XII. Stipendio L. 7920; indennità trasporto L. 2640 al netto 12 %. Rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SELVA DI PROGNO (*Verona*). — Scad. 15 nov.; L. 10.000 e 5 quinquenni dec.; oltre L. 1000 serv. att., L. 1200 c.-v., indenn. trasporto.

SPIGNO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 15 nov.; 2ª cond.; L. 7040 e 4 quinquenni dec., oltre L. 500 trasp

TORITTO (*Bari*). — Scad. 22 nov.; titoli ed esami; L. 10.000 e 5 quadrienni dec.; ritenute di legge; età lim. 40 a.

TORRE ANNUNZIATA (*Napoli*). — Per titoli, posto di medico condotto per le Sezioni di Boscotrecase e Trecase. Stipendio annuo L. 9500 ed indennità di cavalcatura L. 1500 annue, soggetti alle trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. Periodo di prova anni due. Limite massimo di età anni 40, s. e. l. L'istanza in carta bollata da L. 3, corredata dei documenti di rito (laurea, certificato di iscrizione al P. N. F., certificato di iscrizione nell'Albo Provinciale dei Medici, ecc.), dovrà pervenire alla Segreteria Comunale di Torre Annunziata non oltre le ore dodici del giorno 31 gennaio 1934-XII. La condotta importa l'obbligo della residenza che dovrà essere raggiunta entro quindici giorni dalla data di partecipazione di nomina, sotto pena di decadenza. Chiarimenti presso la predetta Segreteria Comunale.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Proroga al 9 dic., ore 17, del concorso ai posti di medico chirurgo assistente straordinario. Rivolgersi al Protocollo.

VERCELLI. — Per titoli ed esami. Due posti di Ufficiale Sanitario Consorziale:

1º Consorzio: Trino, Desana, Costanzana, Ronsecco, Tricerro. Abitanti 18.497. Stipendio lire 12.500. Indennità trasporto e diarie L. 6000, al netto 12 %. È inibito il libero esercizio professionale.

2º Consorzio: Varallo, Alagna, Riva Valdobbia, Mollia, Campertogno, Rassa, Piode, Pila, Scopello, Scopa. Abitanti 12.460. Stipendio L. 12.500. Indennità trasporto e diarie L. 6500, al netto 12 %. È inibito il libero esercizio professionale.

Dieci aumenti biennali. Termine per presentazione documenti alla R. Prefettura di Vercelli: tredici dicembre 1933-XII.

VERONA. *Ammin. Prov.* — Proroga al 31 mar., assistente della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi.

VEZZANO DI TRENTO (*Trento*). — Scad. 25 nov.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 950 uff. san., L. 800 abitaz., L. 2000 via; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

CONCORSI A PREMI.

Premio Alvarenga.

Il Collegio dei Medici di Filadelfia ha indetto un concorso al premio Alvarenga, dell'importo di 300 dollari, per lavori inediti, in qualunque campo della medicina. I lavori devono essere in inglese, dattiloscritti. Altre modalità consuete. Rivolgersi al Dr. John H. Girvin, Secretary, College of Physicians, South 22d Street 19, Philadelphia, Pa., S. U. d'A. Scadenza 1º maggio 1934.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il premio Nobel di medicina per il 1933 è stato assegnato al dott. Thomas Hunt Morgan, naturalista notissimo per i suoi studi sulle basi fisiche dell'ereditarietà. È nato a Lexington (Kentuky) nel 1866.

Il dott. Verdes Montenegro è nominato direttore generale di Sanità della Spagna.

Il prof. Friedrich Sander, di psicologia sperimentale a Giessen, è chiamato a Jena.

Il prof. Albert Wilhelm Fischer, di Francoforte s. M., è chiamato a Giessen come titolare della cattedra di chirurgia.

Il prof. Anton Hefferl, di Vienna, è chiamato a Graz come ordinario di anatomia.

Il prof. Gustav Haselhorst di Amburgo è chiamato a Rostock come ordinario di ginecologia e ostetricia.

Il dott. A. M. Lassek è nominato professore di anatomia al Collegio Medico statale della Carolina del Sud, in Charleston, quale successore di W. F. R. Phillips, ritiratosi.

Il dott. Juan A. Gabastou è nominato presidente della Società di Ostetricia e Ginecologia di Buenos Aires.

Il dott. A. C. Pacheco è nominato presidente della Società di medicina e chirurgia di S. Paolo del Brasile.

Il dott. Fernando D. Gómez è nominato presidente della Società di Tisiologia di Montevideo.

Il dott. Roberto Contreras Stark è nominato presidente della Società odontologica del Cile.

Il dott. Antonio Recaséns è nominato presidente della Società odontologica cubana.

NOTIZIE DIVERSE.

7° Congresso internazionale sugli infortuni del lavoro.

Avrà luogo a Bruxelles nel 1935. La Sezione chirurgica tratterà il tema: « Conseguenze mediate dei traumatismi cranici »; verranno presentate, al riguardo, varie relazioni, concernenti: eziologia e sintomatologia (Akermann e Stern), anatomopatologia (Pemfeld), diagnosi, prognosi e perizie (Lippens), cura (Olier, Martin, Petit-Dutaillis).

2° Congresso argentino ostetrico-ginecologico.

Sotto gli auspicî della Società di Ostetricia e Ginecologia di Buenos Aires, si terrà ivi il 2° Congresso nazionale di ostetricia e ginecologia, durante il mese di luglio del 1934, allo scopo di trattare i seguenti temi ufficiali: « Tubercolosi polmonare e gravidanza » (relatori: N. P. Costa, A. A. Raimondi, J. C. Lascano, G. Sayago); « Eziopatogenesi dell'aborto » (relatore: J. A. Gabastou); « Insufficienza ovarica » relatore: J. C. Ahumada); « Chirurgia conservatrice in ginecologia » (relatori: C. Stajano e E. Nicholson).

Secondo le disposizioni statutarie, possono essere membri titolari del congresso i professori di clinica ostetrico-ginecologica ed i loro aiuti, i primari di ostetricia, ginecologia e chirurgia muliebre ed i loro aiuti; possono esserne membri aderenti tutti gli altri medici e avranno diritto agli Atti. I colleghi stranieri saranno i benvenuti.

Si accettano comunicazioni che abbiano attinenza almeno parziale con i temi.

La segreteria generale del congresso funziona nei locali dell'Associazione Medica Argentina, Santa Fe 1171, Buenos Aires, ove si svolgeranno i lavori.

6° Congresso venezuelano di medicina.

È annunziato per il 5 luglio e seguenti del 1934 a Caracas. Sarà diviso in tre sezioni: 1° medicina e chirurgia; 2° farmacologia e storia naturale; 3° odontologia. Temi per la 1ª Sezione: storia, forme cliniche e trattamento della lebbra nel Venezuela; forme cliniche e trattamento della tubercolosi nel Venezuela; gravidanza ectopica. Per la 2ª Sezione: prodotti opoterapici e sieroterapici. Per la 3ª Sezione: infezioni focali. La commissione organizzatrice è presieduta dal Dr. Juan Iturbe; segretario generale ne è il Dr. Domingo Luciani, apartado de Correos 17, Caracas, Venezuela.

Società Italiana di Gastro-Enterologia.

È stata costituita a Pavia, in occasione dei congressi medici, ad iniziativa del prof. Zorzi di Verona, che aveva già organizzato una riunione preparatoria di cui già demmo notizia.

Alla riunione costituente, tenutasi il 20 ottobre, parteciparono molte personalità della medicina italiana, tra cui i proff. Micheli, Zoja, Gasbarrini, Sisto, Gamna, Fasiani ecc. Venne confermato il Comitato provvisorio, affidandogli l'incarico di indire una prima riunione dei soci, durante le prossime vacanze pasquali, in Milano.

Corsi di perfezionamento.

Presso la R. Università di Milano sono aperte le iscrizioni alla Scuola di Odontoiatria, per coloro che aspirano al diploma di specialista. Chiedere programmi alla Segreteria della R. Università, corso Roma 10.

La Facoltà medica di Vienna ha organizzato il 50° corso internazionale di perfezionamento, per i giorni 27 novembre - 10 dicembre. Esso concernerà la diagnosi e la terapia moderna. Tassa d'iscrizione 50 scellini. Nella stessa Facoltà si tengono molti altri corsi speciali. Chiedere programmi e informazioni rivolgendosi a: Das Sekretariat der Internationalen Fortbildungskurse, Porzellangasse 22, Wien IX; oppure a: Das Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät, Alserstrasse 4, Wien IX.

La Sanitaria "Arnaldo Mussolini„ a Bologna.

La città di Bologna si è arricchita della Sede locale del grande Istituto Nazionale « Sanitaria » intitolato al nome venerato di Arnaldo Mussolini, sorto per iniziativa dell'Istituto Nazionale di Previdenza e Credito delle Comunicazioni e per la fattiva volontà del direttore generale gr. uff. Franco Ballarini. Nell'anno XI la Sanitaria « Arnaldo Mussolini » ha avuto vasto sviluppo nella comprensione e nell'adesione delle masse impiegatizie e operaie, esercitando una indispensabile funzione igienica. A questa si deve aggiungere ora un'altra funzione squisitamente moderna, quella preventiva. Col Preventorio, in funzione da qualche settimana, è possibile prevenire molte forme di morbi sociali con indubbio vantaggio del popolo e più elevata concezione civile.

Un nuovo ospedale psichiatrico.

Scartata l'offerta dell'amministrazione provinciae di Savona, che proponeva di erigere in territorio di Albenga un manicomio che servisse per le due provincie di Savona e di Imperia, l'amministrazione di quest'ultima città ha deliberato di costruirne uno nel proprio territorio, che sorgerà in un Comune che avrà una quarantina di ettari di terreno da offrire gratuitamente. La spesa del nuovo manicomio toccherà i sette milioni, che si otterranno con un mutuo per cui sono in corso le pratiche.

Costruzioni dispensariali a Milano.

Per il tramite del Consorzio antitubercolare, presieduto dal gr. uff. Jenner Mataloni, la provincia di Milano ha, nel 1933, dato valido impulso a costruzioni dispensariali nei varî punti del vasto territorio.

Ricorderemo i Dispensari di Carate Brianza, di Bollate, di Casalpusterlengo e di Sesto S. Giovanni, costruiti secondo il progetto tipo per dispensari antitubercolari disposto dal Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità pubblica).

Un ospedale per ciechi a Messico.

Nella città di Messico l'Ospedale di « Nuesta Señora de la Luz » dispone di 20 letti per infermi poveri e 2 camere per abbienti; direttore ne è il dott. Rafael Silva; vice-direttore il dott. Antonio Torres Estrada; del personale sanitario fanno parte altri 5 medici, di cui uno addetto al laboratorio (a momenti sono più i medici che i ricoverati!). Anche altri ospedali della città accolgono dei ciechi. La cecità è relativamente diffusa nel Messico.

Latte ai bimbi e ai vecchi nella città di Monza.

Una iniziativa recente, che è valsa a completare il quadro delle provvidenze già esistenti a Monza, è la distribuzione di razioni di latte ai bambini e ai vecchi. Il Segretario del Fascio, che già da qualche anno aveva introdotto attraverso il Patronato scolastico dell'O.N.B. la refezione a base di latte nelle Scuole, si è preoccupato di garantire alle famiglie dei disoccupati che hanno bimbi d'età inferiore ai cinque anni, un alimento sano e nutriente. In seguito agli accordi presi con la Centrale comunale del latte, speciali buoni distribuiti dai Gruppi dànno diritto al prelievo d'una razione giornaliera di mezzo litro di latte. Mentre per i Gruppi più importanti e che hanno un maggior numero di famiglie assistite la distribuzione è fatta direttamente per mezzo dei bidoni consegnati ai Gruppi rionali, negli altri casi le famiglie provvedono a ritirare le razioni dalle latterie, dietro consegna dei buoni, che vengono mensilmente ritirati dal Fascio.

Il brevetto di chirurgo in Francia.

Il Sindacato dei chirurghi francesi, riunitosi in assemblea generale, ha dichiarato che, nell'interesse della salute pubblica, il diploma di chirurgo è il più necessario di tutti i diplomi di specialità.

Il Sindacato, in attesa di un certificato statale, che si augura presto realizzato, ha deciso di creare esso stesso un « brevetto di chirurgo », ed ha stabilito in quali condizioni il brevetto *dovrà* ed in quali condizioni *potrà* essere rilasciato, stabilendo due categorie, A e B. Le disposizioni al completo sono pubblicate in vari giornali medici francesi (per es. in « Gaz. d. Hôp. », 28 ottobre 1933).

I medici ebrei in Germania.

È difficile prospettare le azioni complesse svolte in Germania contro i medici ebrei; d'altra parte lo spazio non ce lo consentirebbe.

Ci siamo limitati perciò a segnalarne qualche episodio, per dovere di cronaca.

Un tentativo, rivolto a raccogliere i dati più significativi, è stato fatto nel « South Afr. Med. Journ. » (9 sett. 1933). Ne desumiamo qualche elemento.

Con ordinanza del Ministero prussiano della cultura, in data 8 giugno, si è vietato ai laureandi in medicina appartenenti alla razza semitica di sostenere l'esame di diploma. Per tal modo gli studi da essi compiuti rimangono inutilizzati.

Una legge nuova sull'insegnamento stabilisce che le università possono ricevere al massimo l'1 ½ % di studenti ebrei; ma la stessa legge consente alle autorità accademiche di respingere le iscrizioni, per modo che la concessione predetta può essere resa illusoria.

Negli ambulatorî delle Casse per malati è consentito l'esercizio professionale ai medici ebrei che prestarono servizio di guerra; ma una circolare in data 13 giugno consiglia, agli iscritti, di non valersi dell'opera di questi medici, per modo che la concessione si è ridotta ad una parvenza.

L'eliminazione, praticamente completa, dei medici ebrei dal servizio delle Casse per malati, le quali hanno uno sviluppo imponente, ha gettato sul lastrico migliaia di medici. Inoltre sono stati licenziati o indotti a dimettersi molti medici degli ospedali statali e municipali, delle università ecc.

Desta sorpresa che i colleghi « nazi » si mostrino del tutto consenzienti, con la loro inattività, in queste azioni, e siano pronti ad occupare i posti lasciati vacanti; anzi si rendono spesso parti diligenti contro i colleghi.

Commemorazione di Beaumont.

L'Accademia di Medicina di New York ha festeggiato, il 5 ottobre, il centenario della pubblicazione del libro di William Beaumont sulla fisiologia della digestione.

Parlarono il generale medico R. U. Patterson, su Beaumont ufficiale dell'Esercito; il dott. H. A. Houghton, che commentò il contratto stipulato dal Beaumont col malato St. Martin, il quale, com'è noto, si prestò agli esperimenti; infine il prof. W. B. Cannon trattò il tema: « il libro di Beaumont ad un secolo di distanza ».

Era stata allestita una mostra di cimeli.

Specialità medicinali di cui è stata negata la registrazione.

La « Gazzetta Ufficiale » pubblica due decreti con i quali viene negata la registrazione di due specialità medicinali: « Antimalarico Montanari », perchè le dosi del prodotto sono insufficienti sia per la profilassi che per la cura della malaria; « Guaiacalcium » (elisir, fiale di 1° e 2° grado, carbolicum), perchè le proprietà terapeutiche proclamate sono notevolmente esagerate e non giustificate dalla composizione qualitativa e quantitativa.

Presunte cure del cancro.

Gl'inventori di rimedi per la cura dei tumori maligni spesso accusano di malevolenza o di pregiudizi i medici, perchè questi non vogliono saggiare i rimedi vantati. Il Governo del Queensland, in Australia, ha stimato utile di mettere alla prova uno di tali rimedi, lanciato da una ditta costituitasi per sfruttarlo, la « Roberts Clinics Pty, Ltd. ». All'uopo, un comitato invitò i cancerosi disposti a sottoporsi al trattamento. Tra i cance-

rosi che si offrirono ne vennero scelti 37; ma il Comitato dovette poi scartarne 16, avendo accertato che non erano affetti da cancro o perchè questo era troppo avanzato. Dei 21 rimasti, il titolare della Società ne scartò ancora 18, di modo che ne rimasero appena 3. Il trattamento consisteva nell'impiego di un liquido per iniezioni o per bocca (nel caso di cancro delle vie digerenti). I risultati furono sconfortanti: in un caso di tumore della faccia si produssero ustioni di secondo grado, mentre il tumore peggiorò; in un caso di cancro del retto si produsse un ascesso; in un caso di cancro dello stomaco seguì morte quasi immediata. Nel suo rapporto la Commissione protesta per la facilità con cui possono commercializzarsi rimedi del genere.

Alta onorificenza ad una crocerossina.

Il Comitato internazionale della Croce Rossa di Ginevra ha conferito la medaglia « Florence Nightingale » alla signora Sita Meyer Camperio, la quale è la terza donna italiana, con la Duchessa d'Aosta Madre e la marchesa Irene Targiani Giunti, che abbia conseguito l'alta onorificenza: le donne insignite in tutto il mondo sono 34. Con austera e semplice cerimonia il 4 novembre venne fatta la consegna da S. E. il Prefetto di Milano e dal Podestà di Villa Santa.

Sita Meyer Camperio istituì nel 1908 in Milano la prima ambulanza-scuola per infermiere, con la collaborazione del fratello ammiraglio Filippo Camperio; nel 1912, con l'ausilio di donna Rita Perez, del prof. Perez, di Rosetta De Marchi e del dott. De Marchi, fondò il primo ospedale-scuola per infermiere professioniste.

Le infermiere volontarie della Croce Rossa, così preparate, si distinsero nei soccorsi ai terremotati di Messina e Reggio del 1908.

Durante la guerra italo-turca donna Sita Meyer Camperio fu sulla nave-ospedale « Nenfi »; nella grande guerra fu capo-gruppo in un ospedale da campo, ed istituì un posto di pronto soccorso in primissima linea, ad Oppachiasella, sotto il fuoco nemico.

La generosa e coraggiosa signora è insignita della medaglia di bronzo al valor militare, della Croce di Guerra al merito, della medaglia al valore di Sanità e di molte altre onorificenze italiane e straniere.

Scrittrice di merito — curò l'edizione delle « Memorie » del padre suo, Manfredo Camperio, e dopo la guerra scrisse « Il diario di un'infermiera al fronte », opera di rara sincerità ed efficacia — appartiene a famiglia di ardenti patrioti e di combattenti valorosi.

Un po' dovunque.

Il 24 ottobre sono stati celebrati, negli Ospedali militari del Belgio, i fasti del Servizio sanitario militare. Durante la guerra questo perdette, sui campi dell'onore, 54 medici e più di 300 militi; vennero anche feriti 117 medici, 584 militi e 5 infermiere.

Sono stati rievocati impressionanti episodi di eroismo.

La Società di Cultura Medica Novarese si è adunata il 5 ottobre, sotto la presidenza del prof. P. Pietra, assistito dal segretario dott. L. Ferrero; furono fatte comunicazioni dai soci P. A. Borella, P. Pietra, L. Cabitto, P. A. Meineri e O. Cipollino.

Per celebrare il centenario della Facoltà medica dell'Jucatan si è costituito un comitato organizzatore, che promuoverà un congresso ed una mostra; è presieduto dal Dr. Efrain Gutiérrez Rivas. La corrispondenza va diretta al Dr. M. Acevedo, Universidad del Sureste, Merida, Yucatan, Messico.

Si è adunata a Buenos Aires l'assemblea generale biannuale del Comitato argentino per la profilassi della cecità. A presiedere la Commissione direttiva per il biennio 1933-35 è stato chiamato il dott. X. Lijó Pavía.

La « Société Médicale du Littoral Méditerranéen » ha organizzato un viaggio lungo la Costa Azzurra per i giorni 26 dicembre - 2 gennaio; iscrizione 100 franchi; quota complessiva 1000 franchi. Rivolgersi alla sede sociale, rue Verdi 24, Nizza.

È venuta in Italia una Commissione di medici boliviani, inviati dal Governo di La Paz a studiare l'organizzazione assistenziale italiana a favore dei mutilati di guerra.

Una delegazione di clinici stranieri, sotto la guida del prof. Devoto, ha visitato in Salice Terme l'Istituto « Carta del Lavoro » voluto dal Regime per la cura delle malattie professionali. I numerosi scienziati si sono vivamente compiaciuti per questa superba realizzazione del Fascismo a favore delle classi operaie.

Nel Congresso della Società Italiana per il Progresso delle Scienze, tenutosi in Bari nei giorni 12-18 ottobre, il prof. Cacace, presidente della Società Italiana di Nipiologia, presentò una comunicazione su: « La cultura psicologica delle madri ». Fu approvato un ordine del giorno in cui si fanno voti al Governo Nazionale affinchè voglia far sorgere un Istituto di Nipiologia in Italia.

Il 28 ottobre è stato inaugurato a Ragusa, città capoluogo della provincia Iblea, creata dal Duce, il grandioso Ospedale « Benito Mussolini », su progetto dell'ing. Catterina, attrezzato in modo completo per ogni più esatta e minuta indagine diagnostica e per i trattamenti medici, chirurgici e speciali.

Sono state organizzate e sono in funzione le centrali del latte ad Alessandria e ad Asti.

In 70 città tedesche esistono dispensari medici sportivi.

Viene annunciata una grande esposizione a Berlino dal 17 marzo al 1° maggio 1934. Comprenderà tre vastissime sezioni: etnica, storica, sociale, che riunite offriranno un quadro completo della vita della Nazione. Nella prima avranno larga trattazione il problema della razza e l'eugenica. Nella terza avrà parte la vita artistica e scientifica.

Nei « Fortschritte der Medizin » il dott. L. Priebahch rileva la crescente difficoltà, per i medici e gli ospedali, di ottenere i compensi dopo effettuate le cure e propone di stabilire in precedenza, per scritto, l'importo del trattamento; inoltre che venga effettuato il pagamento anticipato di una parte degli onorari e sia data una seria garanzia da parte di una persona solvibile, tutte le volte che si tratti d'interventi costosi e di cure protratte.

Il dott. Neville Stark di Londra, chiamato d'urgenza, al Nepal (India), onde operarvi una parente del Maragià, vi è andato per via aerea, spendendo una somma equivalente a 126.000 lire per il solo viaggio.

La dott.a Matilde Theyssen ha festeggiato il suo 95° compleanno a Friburgo (Baden). Nata a Treviri, studiò a Parigi e fu la sola studentessa che si laureò nel 1865; durante la guerra franco-prussiana prestò servizio nella Croce Rossa. Venne ferita due volte; si stabilì poi a Strasburgo, dove esercitò la medicina per circa un cinquantennio; poi si trasferì in Svizzera ed infine a Friburgo i. B.

Il Consiglio di Sanità della Catalogna ha multato con 5000 pesete un alcade, sig. Puigcerman, reggente il comune di Prats del Rey, per esercizio illegale della medicina a Calaf. Questo signore aveva accumulato una vera fortuna esercitando abusivamente e aveva potuto fare ingenti elargizioni.

Si annunzia che nell'Ospedale Civile di Alessandria d'Egitto è ricoverato tale Saad Mohamed Mustafà, il cui corpo è venuto allungandosi, fino a raggiungere m. 2,20, ed assottigliandosi. All'esame radiografico egli risulta colpito da un tumore dell'ipofisi, che tende ad invadere il chiasma ottico.

L'8 ottobre è stata inaugurata a Salfrano a Lambro (Milano) una lapide al dott. Felice Ray, ufficiale medico della gloriosa schiera dei Mille.

In Romania, a quanto riferisce « Le Journal », esiste un paese ove tutti gli abitanti soffrono di scabbia, perchè appartengono ad una setta religiosa secondo cui quanto accade è opera di Dio e non va modificato; l'unica cura efficace sarebbe data dalla preghiera. Il Governo aveva mandato dei medici; ma gli scabbiosi mistici li hanno scacciati. Ora il Governo, preoccupato della salute pubblica, ha fatto una nuova spedizione di sanitari, fiancheggiati da gendarmi.

Il dott. J. A. Clark di Morrison (Tennessee, S. U. d'A.) venne ucciso da tre malviventi, perchè aveva tentato di opporsi ad un furto consumato a mano armata ai danni di una banca. I tre delinquenti sono stati condannati a 99 anni ciascuno per l'assassinio ed a 20 anni ciascuno per il furto: cosicchè la pena sarà scontata fra 119 anni...

Il dott. Lelio Benedettelli, di 67 anni, nato a Macerata, dimorante a Roma, è stato travolto ed ucciso da un furgone automobile.

È morto a 64 anni il prof. Arturo Biedl, di patologia sperimentale all'Università tedesca di Praga. Notevoli sono i suoi studî di endocrinologia. Al suo nome resta legata una sindrome rarissima, caratterizzata da ritardo nello sviluppo psichico, da metabolismo basale ridotto e da disturbi digerenti.

Un grave lutto colpisce la scienza francese con la morte di Emilio Roux. Dell'illustre studioso parleremo prossimamente.

ENRICO BURCI

Il giorno 30 ottobre 1933, minato da un male che non perdona, un tumore maligno, è morto Enrico Burci, ordinario di Clinica chirurgica nella R. Università di Firenze, Gr. Uff. dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.



Enrico Burci, nato a Firenze il 25 maggio 1862, si laureò a Pisa nel 1885. Assistente per poco tempo nelle Cliniche chirurgiche di Giuseppe Corradi e di Pasquale Landi, si dedicò nell'Istituto di Patologia generale di Pisa sotto la guida di Guarnieri a studi di Istologia patologica, di Fisiopatologia sperimentale e di Batteriologia con speciale riguardo alla Chirurgia. Questi primi ed importanti lavori, tra cui sono da notare particolarmente quelli sulla Chirurgia vasale, sulle Suppurazioni da bacillo del tifo, sul Processo di guarigione della peritonite tubercolare in seguito a trattamento laparotomico ed altri contributi di illustrazione di casi chirurgici, gli valsero le nomine ad aiuto di Patologia generale e poi a chirurgo primario negli Ospedali di Pisa. Questi due posti gli permisero insieme di esercitare la pratica chirurgica e di dedicarsi ad un serio lavoro scientifico.

Nel 1892 ottenne per titoli la Libera Docenza in Patologia chirurgica e nel 1898 quella in Clinica chirurgica e Medicina operatoria. Negli anni successivi fu molto favorevolmente giudicato in due concorsi universitarî. Nel 1899, in seguito al trasferimento del prof. Tricomi, fu nominato da Baccelli sulla base del Concorso più recentemente espletatosi professore di Patologia speciale chirurgica nella R. Università di Padova.

Nel 1902 veniva chiamato dalla Facoltà di Firenze ad insegnare Patologia chirurgica in quell'Istituto di Studi superiori e di perfezionamento

e a dirigere la R. Clinica chirurgica pediatrica all'Ospedale Mayer.

Nel 1903 in seguito alla morte tragica ed immatura del prof. Colzi, la Facoltà medica di Firenze lo fece trasferire dalla Cattedra di Patologia chirurgica a quella di Clinica chirurgica generale e Medicina operatoria.

Da allora egli svolse nel glorioso Ospedale di S. M. Nuova la sua opera di studioso, di insegnante, di chirurgo, di maestro. Della sua opera di studioso fanno fede i 125 lavori dei quali molti sono specialmente importanti come quelli sulla Chirurgia dei vasi, sulla Resezione del fegato. Della sua opera di insegnante parlano le studentesche che sono accorse sempre in folla ad ascoltare la sua parola, ispirata alla più precisa serietà scientifica, al più sicuro buon senso pratico.

Come chirurgo egli fu tecnico abile: rapido e preciso nell'esecuzione operatoria, sicuro diagnostà, prudente ed audace quando era necessario: umano e gentile coi malati. Della sua opera di chirurgo parlano 30.000 operazioni e più eseguite, i risultati e le qualità dei suoi interventi talora nuovi ed arditi, quando la novità era stabilita su fondamenti di sicurezza, quando l'ardimento era utile o necessario.

Della sua opera di maestro fanno fede le varie centinaia di lavori usciti dalla sua Clinica e dai suoi laboratorî, dai numerosi assistenti ed allievi che vi sono passati. Egli educò una numerosa schiera di giovani, dei quali tre sono ordinari di Clinica chirurgica in importanti Università del Regno (Pisa, Bari, Messina), altri hanno incarichi di insegnamenti ufficiali, molti altri sono apprezzatissimi chirurghi primari in ospedali Italiani ed anche esteri.

Fu a lungo membro del Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione; fu in moltissimi concorsi membro di Commissioni giudicatrici per Cattedre universitarie, Libere docenze ecc.

Nel 1912 durante la prima guerra Balcanica diresse una unità sanitaria in Serbia, ove fu molto apprezzata la sua opera di organizzatore e di Chirurgo e per il quale fu insignito della decorazione di Grande Ufficiale dell'Ordine di S. Sava.

Durante la guerra europea fu Consulente chirurgo negli Ospedali militari del Corpo d'Armata di Firenze ed ebbe in questo e nel Dipartimento marittimo di Spezia la presidenza del Comitato Sanitario Regionale.

Nel 1916 fu chiamato dal Governo a coordinare il funzionamento della Assistenza ai mutilati e storpi di guerra e per tale assistenza ebbe la nomina ad Ispettore straordinario in tutto il Regno. Nell'anno successivo fu nominato Presidente della Delegazione Italiana del Comitato interalleato per l'assistenza degli Invalidi di guerra.

Membro delle più importanti Associazioni chirurgiche italiane ed estere, membro del Consiglio delle Ricerche, fu più volte della presidenza della Società Italiana di Chirurgia; era insignito di numerose onorificenze.

Dal 1926 al 1930 fu Rettore della Università di Firenze portandovi la sua volontà fattiva, il suo talento di organizzatore, il suo spirito fascista. Fino dai primi momenti diede la sua adesione fervida e leale al Regime fascista.

Io che ho avuto la fortuna e l'onore di essere il suo primo aiuto a Padova e a Firenze, di seguirlo nella sua vita, oltre che scientifica, famigliare, ho avuto modo di apprezzarlo non solo come maestro, ma come amico. Ho conosciuto la giustizia, che egli poneva nel considerare uomini e cose, la profondità delle sue amicizie, l'affetto e l'interesse che egli dedicava agli allievi suoi e al loro lavoro scientifico, il rigore, animato da sentimento paterno, con cui richiedeva l'opera del personale assistente e subalterno, l'onestà e la serietà che lo guidava in ogni sua opera scientifica, chirurgica, civile, privata.

Davanti alla salma di E. Burci, la cui personalità fu eccezionale, la Chirurgia Italiana prende il lutto per il vuoto incolmabile.

D. TADDEI.

PAPINIO PENNATO

All'alba del 4 ottobre si è spenta in Udine la vita nobilissima del prof. PAPINIO PENNATO, direttore e medico primario di quell'Ospedale Civile.

Era nato a Dolo in provincia di Venezia 77 anni fa. Laureato a Padova nel 1879 era stato allievo prediletto e assistente del De Giovanni che sempre ebbe a testimoniargli una viva amicizia ed una grande stima. Venuto ad Udine come primario nel 1885, teneva dal 1896 anche la direzione dell'Ospedale.

L'attività scientifica del Pennato, che si è svolta ininterrottamente per tutta la sua lunga esistenza (è di quest'anno una sua completa e pregevole monografia sulla Patologia del nervo frenico), è documentata da un centinaio di pubblicazioni che investono tutti i campi della Patologia e della Clinica medica.

In esse emerge sempre quella che è stata una delle caratteristiche del Pennato, l'aderenza più scrupolosa alla realtà, accompagnata da una critica severa, e da un'austera semplicità di deduzioni.

Fedele all'indirizzo costituzionalistico della sua scuola, egli portava sempre però nei suoi scritti le espressioni di un pensiero originale e indipendente sia che indagasse la genesi di alcune emopatie o illustrasse casi interessanti di patologia del fegato o si addentrasse a interpretare le cerebropatie dell'infanzia. Attento osservatore della patologia della Regione, egli ha portato importanti contributi alla conoscenza di svariate forme morbose, via via che si andavano manifestando nel Friuli, a tipo endemico o epidemico, dalla malaria alla anchilostomiasi, dal colera al tifo, all'influenza.

Animo giovanilmente aperto a tutte le serie innovazioni sia nel campo della diagnostica che della terapia, egli accoglieva tutti i più moderni progressi della scienza medica che egli stesso personalmente attuava: così il pneumotorace lo trovò fra i primi e più autorevoli cultori, e la radiologia lo ebbe ad annoverare nel gruppo dei precursori delle sue applicazioni alla medicina.

È appunto dell'uso protratto dei raggi X, fatto in un'epoca nella quale non se ne conoscevano i pericoli, che il Pennato è rimasto vittima; da molti anni una penosa radiodermite gli aveva colpito le mani; due anni fa la formazione di dolorosi cancri cutanei, riuscito vano un tentativo di diatermocoagulazione, aveva portato alla

disarticolazione, stoicamente sopportata, di alcune dita alle mani; purtroppo però nella scorsa primavera si erano manifestate delle metastasi ascellari; nonostante un nuovo intervento chirurgico seguìto da applicazioni di radium, le sue condizioni di salute andarono precipitando, la forte fibra era ormai inesorabilmente intaccata.

Egli tuttavia non abbandonò il suo Ospedale; fino all'ultimo, ormai stremato di forze, continuò puntualmente ad aggirarsi per quelle sale nelle quali da quasi cinquant'anni prodigava i tesori del suo intelletto e del suo cuore.

Forse solo la modestia superò le altre virtù di quest'Uomo insigne, che fu oltre che un clinico nel miglior senso della parola, un Maestro impareggiabile, e un filantropo che tutta la lunga vita dedicò disinteressatamente a vantaggio dei sofferenti e dei diseredati, dando vita e alimentando del suo amore e del suo ingegno, a numerose istituzioni di assistenza della Città e della Provincia.

Da molti anni era membro effettivo dell'Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti, godendo anche in quell'autorevole consesso di un altissimo prestigio.

Durante la guerra aveva dato alla Patria la sua opera negli Ospedali Militari, e l'unico figlio, eroicamente caduto.

La sua scomparsa ha lasciato nel Friuli un largo rimpianto fra i colleghi e i cittadini che lo circondavano di altissima stima e di venerazione profonda.

Per deliberazione dell'Amministrazione dell'Ospedale Civile il nome di Papinio Pennato verrà dato al Padiglione di Medicina del Nuovo Ospedale, a perenne ricordo dell'opera sua.

A. VARISCO.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Forze San., 20 lug. — N. PENDE. Sulle cosidette « infezioni locali ».

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 lug. — M. ROCK. L'ipertensione arteriosa.

Münch. Med. Woch, 28 lug. — P. KRAUSE. Osservazioni critiche sulla poliomielite.

Mediz. Klinik, 29 lug. — W. WEYGANDT. Dementia praecocissima e dementia infantilis. — F. WOLTER. L'encefalite post-vaccinica.

Nutrition, 3. — Numero sulle reazioni vaso-motrici degli organi in rapporto ai disturbi della nutrizione.

Journal A. M. A., 15 lug. — H. J. JOHNS. Morbo di Mikulicz e diabete. — W. C. CUTTING. Il dinitrofenol.

Amer. Journ. of Cancer lug. — M. SLYE. Ereditarietà del cancro. — F. SUGIURA e S. R. BENEDICH. Influenze degli ormoni sullo sviluppo del cancro.

Edinb. Med. Journ., ag. — J. D. COMRIE. Evoluzione delle idee concernenti la medicina.

Riv. di Neurol., giu. — C. UGURGIERI. Diagn. differ. fra sclerosi laterale amiotrofica ed amiotrofie luetiche.

Riv. Ital. di Terapia, 30 giu. — S. CITELLI. Influenza delle vegetaz. adenoidi sulle ghiandole sessuali.

Deut. Med. Woch., 4 ag. — SEYDERHELM. Epatoterapia. — NAEGELI. Esame Roentgen del sistema vasale periferico.

Med. Well, 5 ag. — E. SCHLIEPHAKE. La funzione della milza. — W. STEPP. Morte cardiaca.

Prensa Méd. Arg., 5 lug. — J. RODRÍQUEZ. Il veleno dei ragni.

Folia Med., 15 giu. — A. CHILLA. Manganismo. — R. DE NUNNO. Metodi di studio della secrez. biliare.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL — Roma, 20 Novembre 1933 - XII — Num. 47

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE PROVINCIALE S. MARIA DELLA PIETÀ PER MALATTIE MENTALI IN ROMA

Direttore: prof. AUGUSTO GIANNELLI.

Valori manometrici della pressione del liquido cerebro-spinale misurata alla puntura lombare, col malato in posizione seduta o in decubito laterale

per il dott. RAFFAELE SINISCALCHI, med. aiuto.

L'esame del liquido cerebro-spinale ha assunto da alcuni anni una importanza enorme nella diagnostica delle malattie nervose e mentali.

Fra le ricerche, d'ordine fisico, che comunemente si praticano, non è certo la meno importante quella che riguarda la pressione del liquor nella cavità cranica e nel canale rachidiano. Tuttavia tale ricerca viene spesso trascurata e, se eseguita, non sempre viene esattamente valutata.

La ragione si trova nel fatto che i dati inerenti alla pressione del liquor riportati dai vari manuali di semeiotica e diagnostica del sistema nervoso, sono alquanto approssimativi e non sempre concordanti. Tanto più in quantochè gli autori che si occupano dell'argomento adoperano metodi diversi e tecniche diverse senza le necessarie indicazioni e precisazioni anche in quanto riguarda la posizione del malato.

Mi dispenso dal descrivere in questa mia nota che vuole avere una semplice portata pratica i vari metodi seguiti dai diversi autori e i vari dati inerenti alla pressione da essi ottenuti.

È bene però qui precisare che la pressione del liquor viene misurata generalmente eseguendo la puntura lombare sia col malato in posizione seduta, sia col malato in decubito laterale.

Da alcuni anni si pratica anche la puntura sottoccipitale: tale manovra, sebbene di esecuzione abbastanza facile, non è però ancora entrata nella pratica corrente e di essa pertanto io non mi occupo.

I valori ottenuti alla misura della pressione del liquor col malato in posizione seduta e quelli ottenuti col malato in decubito laterale differiscono enormemente. Lo strumento che comunemente si adopera per tale misurazione è il manometro aneroide del Claude, che si applica all'ago al momento della puntura.

Non mi soffermo sui particolari di tecnica dello strumento e sul modo di eseguire la puntura lombare, poichè questi si trovano già descritti in tutti i manuali di semeiotica.

Le cifre che si leggono nel quadrante del manometro sono rapportate alla pressione dell'acqua espressa in cmc.

I dati inerenti alla pressione del liquor, misurato alla puntura lombare, stabilite dallo stesso Claude, sono di 10-15 cmc. in decubito laterale, con un aumento di 8-10 cmc. in posizione seduta.

Tali dati vengono accettati e trascritti in quasi tutti i manuali di semeiotica nervosa.

Chi pratica però abitualmente la puntura lombare, misurando la pressione del liquor, nota spesso come tali dati non corrispondano alla realtà.

Tale fatto ho potuto notare anch'io nelle numerose punture lombari eseguite sui malati di questo Ospedale.

Data l'importanza diagnostica talvolta decisiva che il valore della pressione del liquor può in molti casi avere, ho creduto non privo di interesse istituire ricerche sistematiche per controllare e stabilire quali sono i valori manometrici della pressione normale, sia nella posizione seduta del malato che nel decubito laterale.

Le ricerche da me eseguite al riguardo sono numerose (circa 700 casi controllati al manometro); ma fra esse, per questa mia nota, io scelgo quelle ricerche eseguite su malati in cui, quasi sicuramente, non esiste aumento di pressione endocranica.

Le mie ricerche possono essere divise in tre gruppi: nel primo gruppo comprendo tutte le misurazioni eseguite col malato in decubito laterale; nel secondo gruppo quelle eseguite col malato in posizione seduta; nel terzo gruppo, poi, comprendo le misurazioni eseguite sullo stesso malato successivamente in decubito laterale e in posizione seduta, o viceversa, senza estrarre l'ago da puntura dallo speco vertebrale.

Con quest'ultimo gruppo di ricerche ho voluto con la maggiore precisione possibile stabilire qual'è la differenza del valore manometrico della pressione nelle due posizioni abituali del malato.

I casi compresi in questo ultimo gruppo sono meno numerosi per le difficoltà pratiche che una ricerca del genere presenta; è necessario infatti avere malati docili che si lascino passivamente sistemare nella posizione che si richiede pur lasciando l'ago infisso nello speco vertebrale. Ho scelto all'uopo dementi apatici ed altri malati tranquilli che si sono prestati.

Riporto sinteticamente i valori ottenuti nei diversi gruppi:

I GRUPPO.

Misurazione eseguita in decubito laterale.

1) Malati affetti da deficienza mentale n. 25: pressione iniziale da 14 a 30 cmc.

2) Malati affetti da demenza precoce n. 32: pressione iniziale da 13 a 31 cmc.

3) Malati affetti da epilessia n. 25: pressione iniziale da 13 a 30 cmc.

4) Malati affetti da demenza senile n. 30: pressione iniziale da 12 a 29 cmc.

II GRUPPO.

Misurazione eseguita in posizione seduta.

1) Malati affetti da deficienza mentale n. 38: pressione iniziale da 35 a 49 cmc.

2) Malati affetti da demenza precoce, n. 60: pressione iniziale da 38 a 51 cmc.

3) Malati affetti da epilessia n. 25: pressione iniziale da 35 a 50 cmc.

4) Malati affetti da demenza senile semplice n. 22: pressione iniziale da 30 a 46 cmc.

III GRUPPO.

Misurazione eseguita in decubito laterale e in posizione seduta nello stesso malato.

N. d'ord.	Diagnosi	Pressione iniziale		Differenza
		in posiz. seduta	in decub. laterale	
1	Demenza precoce	45	20	25
2	Id.	49	19	30
3	Id.	46	26	20
4	Id.	43	23	20
5	Id.	40	27	13
6	Id.	50	24	26
7	Id.	48	21	27
8	Id.	51	26	25
9	Id.	35	19	16
10	Id.	41	27	14
11	Id.	40	23	17
12	Id.	28	18	10
13	Deficienza mentale	36	19	15
14	Id.	45	24	21
15	Id.	41	20	21
16	Id.	38	18	20
17	Id.	47	29	18
18	Id.	52	22	30
19	Id.	33	22	11
20	Id.	39	14	25
21	Id.	50	30	20
22	Id.	39	23	16
23	Epilessia	32	16	16
24	Id.	37	19	18
25	Id.	44	28	16
26	Id.	50	21	29
27	Id.	36	21	15

Da un esame delle mie ricerche e dei dati da me ottenuti si rileva che il valore medio della pressione del liquor misurata in decubito laterale e in posizione seduta è notevolmente più alto di quello che viene ritenuto normale.

Facendo un calcolo dei valori ottenuti nei primi due gruppi di ricerche si ha la cifra di 42 cmc. circa come valore medio generale della pressione misurata in posizione seduta con valori massimi fino a 50 cmc. e valori minimi al disopra di 30 cmc.

Per la posizione in decubito laterale si ha la cifra di 21.5 cmc. come valore medio generale, con valori massimi fino a 31 cmc. e valori minimi al disopra di 13 cmc.

Naturalmente si può obbiettare che le ricerche sono state eseguite sui malati di mente e quindi i dati ottenuti non possono essere accettati come valori normali di pressione.

È da notare però che la maggior parte degli autori che si sono occupati della pressione del liquor nei malati di mente ritengono che nei dementi precoci, nei deficienti mentali, nei dementi senili, non esiste aumento di pressione. Più discussa è stata la pressione del liquor negli epilettici, ma ricerche recenti (Salmon ed altri) hanno stabilito che anche negli epilettici, nei periodi intervallari degli accessi, non esiste affatto aumento di pressione endocranica.

Pertanto le cifre da me ottenute dovrebbero essere considerate come indici di pressione normale.

Del resto valori alti di pressione (sempre al disopra di 40 cmc.) io ho trovato anche nei pochi casi di punture lombari eseguite in parenti di sifilitici, ma sani di mente e di corpo, che si sono sottoposti a tale ricerca per dirimere ogni dubbio su di una eventuale infezione luetica nascosta.

Quindi io ritengo che effettivamente una pressione che non supera i 50 cmc. al manometro di Claude col malato in posizione seduta, o che non superi i 30 cmc. col malato in decubito laterale debba ritenersi normale.

Particolarmente interessante ritengo le ricerche eseguite nel terzo gruppo di malati, per le differenze notevoli che essi fanno rilevare nelle cifre di pressione fra le due posizioni del malato, differenze che trovano anche conferma nelle ricerche dei primi due gruppi.

Il Claude porta come differenza in più nella posizione seduta la cifra di 8-10 cmc.; dalle mie ricerche invece risultano cifre di differenza che vanno da un minimo di 10 ad un massimo di 30 cmc.; una media quindi di 20 cmc.

Il numero di casi di questo terzo gruppo, per quanto non numeroso, tuttavia notevole, mi autorizza a ritenere che la media di differenza da me ottenuta è quella che si avvicina alla norma.

Ulteriori ricerche in corso spero contribuiranno a portare un po' più di luce su questo argomento e a spiegare perchè mai anche in condizioni normali si possono avere cifre tanto diverse da persona a persona, nell'una e nell'altra posizione.

RIASSUNTO.

In numerose ricerche istituite su malati nei quali non esisteva alcun segno di aumento di pressione endocranica, l'A. ha trovato che la pressione del liquor, misurata al manometro di Claude, col malato in posizione seduta corrisponde in media a 42 cmc. d'acqua; col malato in decubito laterale a 21.5 cmc., in media.

Tali cifre l'A. ritiene sieno corrispondenti al valore della pressione normale del liquor.

NOTE E CONTRIBUTI.

Arciospedale SS. Sanctorum e S. Giovanni Laterano in Roma
Ospizio Umberto I.
Primario: Prof. G. Laurenti.

Il pneumotorace bilaterale simultaneo.

Dott. Giuseppe Barbera, aiuto.

Il pneumotorace simultaneo bilaterale descritto per la prima volta da Forlanini, proposto da Ascoli nel 1912 e attuato in seguito da Fagioli, Maragliano, Micheli, suscita ancora oggi discordia di opinioni e vivo interesse sui possibili risultati pratici.

È stato necessario invero distruggere molti presupposti teorici sconfessati dall'esperimento, molti dogmi intangibili di fisio-meccanica polmonare, e giungere come dice Frieschbier a una revisione delle vecchie concessioni per poter ammettere la possibilità di applicare il pneumo simultaneamente ai due lati.

Basta pensare che ancora nel 1915 fisiologi e clinici, tra i quali Friedland e Landois scrivevano essere il pnx simultaneo e spontaneo un processo patologico estremamente acuto necessariamente fatale.

Le nuove acquisizioni di meccanica respiratoria dettate, da constatazioni di fatti permettevano solo nel 1904 di stabilire vittoriosamente il concetto che i movimenti respiratori del polmone sono possibili anche con pressioni endo-pleuriche positive ed anche fortemente positive.

Con l'attuazione del pnx bl. sim. cade anche il canone fondamentale di Forlanini per il metodo collasso terapico: che la tbc. polmonare

guarisce attraverso la messa in riposo dell'organo ammalato, mentre che la semplice diminuzione di attività favorisce lo sviluppo della malattia e i processi distruttivi.

« È appena necessario avvertire, scriveva Forlanini stesso, che non potendo stabilire il pnx da tutti e due i lati, solo i casi a lesione unilaterale sono suscettibili di trattamento ».

I fatti, nonchè l'esperimento clinico e le ricerche isto-patologiche (M. Ascoli, Lindlon, Kisler, Tomascewki, Parodi) hanno dimostrato la impossibilità di ottenere un vero e proprio collasso completo, richiedendo per attuarlo forti pressioni endopleuriche capaci di spostare il mediastino, o di produrre disseminazioni contro laterali. Tuttavia l'introduzione di una modica quantità di aria s'è dimostrata spesso sufficiente, riducendo la tensione elastica media a un grado inferiore al normale, a produrre miglioramenti clinici e talora anche guarigioni.

Abbandonato quindi il concetto che l'efficacia del pnx. terapeutico fosse in rapporto con il grado di collasso, si osservò facilmente che la quantità di aria introdotta e il grado della compressione polmonare deve esser stabilito di volta in volta dall'operatore con criteri clinici, radiologici, fisio-meccanici forniti dalla esperienza e modificati volta per volta a seconda delle peculiari caratteristiche del soggetto.

Dunque non più pressione ottima al fine del collasso completo del polmone, ma pressione ottima ai fini di raggiungere i migliori risultati con il minimo degli inconvenienti. Anche introduzioni minime di gaz, come per primo intravide Morgan, sono capaci di mettere in condizioni di riposo relativo le parti ammalate che per una riduzione della loro capacità elastica (in seguito a distruzione di tessuto polmonare e a sclerosi) non sono più capaci di seguire il movimento espansivo inspiratorio della parete toracica (il pnx. precocemente iniziato eviterà la formazione di aderenze).

Per non uscire dai limiti di questo lavoro non mi dilungherò molto sui concetti di fisiopatologia polmonare che sono a base del pnx. elettivo. D'altra parte è sufficiente riportare quanto è stato sinteticamente scritto sull'argomento da M. Ascoli e Lucacer nella loro monografia sul pnx. bl. sim.: « la riduzione della tensione elastica polmonare (Bohr) con conseguente limitazione della distensione inspiratoria del parenchima (Morelli), la minore espansibilità delle zone infiltrate (Morgan) dovute alla soppressione della forza di adesione tra pleura parietale e pleura viscerale, e infine il collasso elettivo, costituiscono gli elementi essenziali del determinismo meccanico della collasso-terapia polmonare.

Collasso elettivo dunque che si stabilisce secondo Dumarest non solo per l'attitudine alla retrazione del tessuto ammalato, ma per l'inattitudine al collasso delle regioni sane. Così si spiega la resistenza anormale al collasso, spesso osservata a livello del lobo inferiore sano, durante la creazione, il mantenimento di un pnx., resistenza che condiziona la perfetta elettività.

Ecco dunque, al vecchio concetto di compressione, sino allo schiacciamento di tutto il polmone, libero da aderenze, subentrare il criterio di frazionare questa forza compressiva che deve agire elettivamente sulle parti ammalate, concedendo libero giuoco alle parti sane.

All'infuori dunque della immobilizzazione assoluta passiva del polmone l'aria introdotta nella pleura si è dimostrata capace di sviluppare un'azione più selettiva, meno brutale ma non per questo meno efficace.

Aggiungerò che chiunque si sia occupato di collasso-terapia ha più volte osservato, senza potersene facilmente rendere ragione, un miglioramento rapido e durevole delle condizioni generali e locali dell'ammalato seguire a introduzioni di aria con risultato tecnico limitatissimo (sopratutto nei casi di lesioni superficiali).

Dovrà certo esistere all'infuori del collasso polmonare un'azione del gas sulla sierosa pleurica, tale da esercitare stimoli capaci di favorire la sclerosi pleurogena.

Questo dato di fatto è particolarmente importante nell'interpretazione dei risultati soddisfacenti ottenuti in alcuni pnx bilaterali in cui l'esame radiologico dimostra un collasso sia pure elettivo assolutamente insufficiente.

I medesimi fatti si osservano talora, sebbene meno costantemente dopo un versamento pleurico che conduce all'obliterazione e alla sclerosi. In questi casi però sono quasi sempre rilevabili disturbi meccanici nella respirazione e disturbi cardio-vascolari.

Solo, quando esistano condizioni speciali, quali emottisi, sclerosi polmonare tardiva, riespansione polmonare attiva, è utile e necessario praticare un pnx. compressivo.

Ma negli altri casi è sufficiente introdurre il gaz a pressione tale da ottenere una immobilizzazione delle parti ammalate senza compromettere la funzione biologica delle parti sane. Ciò perchè è più facile immobilizzare le parti infiltrate, piuttosto che le sane, poichè la loro capacità di retrazione è aumentata, allorquan-

do la elasticità di distensione è sparita. Cinematicamente i diversi segmenti del polmone sono indipendenti, ciò che rende possibile il pnx. elettivo (Dumarest).

Non sempre, come afferma Parodi, è in mano alla volontà dell'operatore, istituire un pnx. elettivo o totale, perchè intervengono spesso cause fisiologiche, patologiche, polmonari o extra-polmonari.

Così alcune volte si ottiene assai facilmente e a priori, un collasso completo, altre volte sarà necessario comprimere prima il polmone sotto pressioni positive, o ancora, malgrado la pressione positiva si avrà spontaneamente una riespansione del lobo sano.

Così Amenille e Kindberg scrivono: « per ottenere un pnx. elettivo è necessario che la lesione sia retrattile, ma non si può mai sapere come questa si comporterà. La creazione del pnx. elettivo è effetto di fortuna e non può soltanto esser progetto dell'operatore ».

*
* *

Il maggior beneficio ottenutosi con l'introduzione nella pratica del pnx. bl. consiste secondo Ascoli in un beneficio indiretto: quello di aver potuto intervenire in molti dei numerosi casi in cui l'estensione delle lesioni, non più esclusivamente e rigorosamente monolaterali controindicava l'attuazione di un pneumo anche da un solo lato.

L'unilateralità assoluta anatomica è rarissimamente riscontrabile nei malati e nelle autopsie, pur potendosi osservare clinicamente nei casi iniziali e talora per un certo tempo in forme fibro-caseose, a tendenza evolutiva, in forme polmonitiche e broncopolmonitiche, nonchè nelle forme ulcerose, rapidamente estensive. L'evoluzione è invero raramente simultanea bilaterale, dimostrando in genere la tbc. una netta preferenza per un lato.

È noto come le lesioni torpide e circoscritte del lato opposto si giovano grandemente e raramente evolvono dopo iniziato un pnx. controlaterale.

Di conseguenza è anche possibile e logico pneumotoracizzare in un malato bilaterale un lato in cui esistono le lesioni più gravi e maggiormente evolutive, ottenendo spesso un miglioramento immediato e notevole dal lato ove si eseguisce il trattamento e spesso un miglioramento secondario della lesione controlaterale. Non solo, ma nella dannata ipotesi che quest'ultimo fatto non abbia a realizzarsi noi possiamo agire, sempre che la capacità respiratoria lo consenta, sul lato opposto.

Riserveremo quindi la collasso-terapia bl. sim. sin dall'inizio, a quei casi speciali in cui il carattere evolutivo delle lesioni da ambo i lati non lascia alcuna speranza per una possibile azione benefica controlaterale. Condizioni di fatto che si verificano sopratutto nella tbc. polmonare acuta e sub-acuta.

Le indicazioni, stabilite nel quarto Congresso di Tisiologia, contemplano oltre quanto abbiamo già detto le forme recenti, essudative, infiltrative (infiltrati precoci, forme bronco-pneumoniche, pseudo-lobari caseose) e meno frequentemente i casi di pneumi unilaterali parziali incompleti per aderenze, con forte spostamento o ernie del mediastino, i pneumi profilattici post-partum, le emottisi, gli empiemi.

Infine nello stabilire l'indicazione di un pnx. bl. è necessario che il medico, come dice Dumarest, rinunci al suo punto di vista che è quello di assicurarsi un massimo di probabilità favorevoli contro un minimo di insuccesso. Vi sono dei casi in cui l'ammalato non ha nulla da perdere, e che abbandonato a se stesso è fatalmente, per la progressiva evoluzione delle lesioni, votato a una prossima fine, mentre che l'intervento in causa può rappresentare per lui, la sola, unica speranza di guarigione.

In tali casi, io credo necessario agire, e molte volte non avremo a pentirci della nostra decisione.

Pur convenendo che il risultato immediato spesso brillante non è seguito da una definitiva guarigione, sopratutto per le intercorrenti inevitabili complicanze, avremo assicurato all'ammalato un periodo spesso non breve di miglioramento e di benessere.

Sarà naturalmente necessario astenersi dall'intervento nei casi con lesioni eccessivamente diffuse, submiliari e miliari, nelle forme rapidamente cachettiche o ipertossiche e nei soggetti con chiara labilità cardiovascolare o con vizi valvolari. Le laringiti non ulcerose potranno beneficiare della terapia pneumotoracica.

*
* *

Ho creduto utile raccogliere e pubblicare 12 casi di pnx. bl. sim. occorsi alla mia osservazione durante un anno di servizio nel Sanatorio Umberto I.

Nella tabella sono sinteticamente esposti i dati caratteristici dei vari casi trattati.

Nella descrizione del caso, mi è sembrato opportuno, per chiarezza, riportare anzichè le varie date il mese di malattia, iniziando la numerazione dal principio del male.

Caso clinico	Età	Mese di inizio del 1° pnx	Mese di inizio del 2° pnx	Distanza tra l'inizio dei 2 pnx	Diagnosi clinica radiologica	Durata dell'osservazione espressa in mesi	Aumento di peso	Mese in cui l'espettorato diviene negativo	Esito
I. L. Maria	24	26°	32°	6 mesi	Infiltraz. broncopolm. D - Infiltr. S. con grossa areola mediotoracica.	55	+	3° mese	guarigione
II. S. Maria	17	3°	3°	gg. 20	Broncopolm. bilat. ulcerosa.	6	—	—	morte
III. B. Antonia	24	1°	4°	3 mesi	Broncopolm. S. a noduli scarsamente confluenti - Infiltraz. nodulare D.	30	+	8° mese	guarigione
IV. C. Tullia	19	24°	25°	1 mese	Broncopolm. lobo sup. D. - Infiltrazione nodulare confluente a S. con escavazione sottapicale.	40	+	1° mese	miglioramento
V. F. Pasqualina	31	1°	24°	23 mesi	Broncopolm. D. - Infiltraz. ulcerocaseosa S.	72	+	30° mese	guarigione
VI. P. Renata	26	1°	6°	5 mesi	Infiltraz. a piccoli noduli a D. - Infiltraz. diffusa mediotorace S.	60	—	2° mese	guarigione
VII. A. Velia	22	5°	22°	17 mesi	Infiltraz. apicale S. con areola broncopolm. lobo inf. D.	35	+	+	stazionario
VIII. P. Ada	19	6°	6°	gg. 12	Estesa infiltraz. bilaterale ai 2/3 sup. con focolai broncopolm. a D. e grossa areola a S.	22	+	+	miglioramento
IX. A. Antonia	20	2°	4°	2 mesi	Broncopolm. lobo inf. a S. - Areola sottopicale S. - Infiltraz. mediotoracica D.	37	+	+	miglioramento
X. F. Maria	20	4°	28°	24 mesi	Infiltraz. ulcerocaseosa apice D - Infiltraz. mediotoracica S. con grossa areola.	36	+	+	stazionario
XI. G. Pierina	27	3°	15°	12 mesi	Broncopolm. D. Infiltraz. sottoilaveare S. con areola.	58	+	+	miglioramento
XII. S. Irma	24	20°	27°	7 mesi	Infiltraz. apice e sottapice S.	44	+	+	miglioramento

CASO I. — L. Maria, di anni 24, suora.

Inizio lentissimo. Infiltrazione bronco-polmonare apice e sottapice destro. Infiltrazione lievissima e circoscritta sottapice S. Apiressia. Inizio del pnx. D. al 26° mese di malattia. Rapido miglioramento delle condizioni generali, aumento di peso. Diminuzione dello espettorato che però è sempre positivo. Al 30° mese deperimento notevole. Infiltrazione S. con grossa areola subcorticale mediotoracica. Emottisi. Iperemia laringea.

Al 32° mese pnx. S. I rifornimenti si svolgono regolarmente, alternativamente ogni quattro o cinque giorni con introduzioni di discrete quantità di gas (350-400 a D.) pur mantenendosi la pressione negativa. A S. per scarse quantità (250) la pressione diviene leggermente positiva. Il mediastino che appariva spostato a sinistra prima del pnx. bl. riprende la sua esatta posizione dopo pochi rifornimenti a S.

Rapido miglioramento delle condizioni generali e locali. Guarigione della lesione laringea. Espettorato dopo tre mesi negativo. Dopo tre mesi di bilaterale si osserva il polmone destro compresso sopratutto nella sua porzione basilare. Il sinistro elettivamente compresso nella media toracica e apicale. Negli esami successivi si osserva aumento della compressione bilateralmente e progressiva fibrosi delle lesioni precedentemente riscontrate. La capacità respiratoria è di 1200. Al 55° mese la malata presenta ottime condizioni generali. Scarsa dispnea dopo sforzi.

Esito: Guarigione clinica.

CASO II. — Maria S., di anni 17, d. d. c.

Inizio subacuto con febbre modica. Al 3° mese si riscontra bronco-polmonite bilaterale ulcerosa con grosse areole sottoclavicolare destro. Infiltrazione ulcerosa dell'epiglottide e cartilagini aritnoidee. S'inizia il pnx. D. con buoni risultati tecnici. Con introduzioni medie (300-400) si ottiene un pnx. subtotale aderente alla regione sottoclaveare, con spostamento del mediastino verso S. A 20 giorni di distanza dalla prima introduzione destra si inizia il pnx a sinistra. La capacità respiratoria è allora di 1450. I rifornimenti si svolgono alternativamente, ben tollerati. Il mediastino riprende la sua normale posizione. Le pressioni terminali a destra divengono dopo pochi rifornimenti fortemente e rapidamente positive con introduzioni di 100-75 cc. di aria. L'ultimo reperto radiologico dimostra: pnx. bilaterale: a destra l'aria è raccolta nella regione laterale e basale, si notano zone iperluminose non compresse. A sinistra aderenza a tutta la base.

Miglioramento nei primi due mesi delle lesioni laringee e dello stato generale. Peso stazionario. In seguito peggioramento delle lesioni ulcerative laringee e polmonari.

Esito: Morte al 6° mese di malattia.

CASO III. — Antonia B., di anni 24, d. d. c.

Inizio acuto con emottisi e febbre. All'esame radiologico: bronco-polmonite sinistra a nodoli scarsamente confluenti. Infiltrazione nodulare a D. circoscritta, di rapida evoluzione. La C. R. non

appena iniziato il pnx. bl. è di 800 cc. Dopo la seconda introduzione a sinistra la P. ha una crisi di asma cardiaco rapidamente dileguatosi con somministrazione di cardiocinetici. I rifornimenti si iniziano a destra tre mesi dopo cominciato il pnx. a S. Essi si susseguono alternativamente ogni sei giorni con introduzione di scarsissima quantità di aria e pressioni oscillanti intorno allo zero. La capacità respiratoria di 900 cc.

Clinicamente si osserva un rapido e progressivo aumento del peso (da 55 a 77!). L'espettorato diviene dopo otto mesi durevolmente negativo.

L'esame radiologico dimostra l'esito in sclerosi delle lesioni. Il pnx. deve considerarsi sub-totale a destra, ove il polmone è aderente vastamente alla base e per una lunga lacinia all'apice; elettivo a sinistra.

Dopo due anni di terapia pnx. l'ammalata esce dall'Ospedale. È degno di rilievo il fatto che la P. dotata per il pnx. bl. e per la sclerosi polmonare di soli 900 cc. di C. R. sopportava perfettamente questa grave limitazione della superficie respiratoria, essendo pochissimo e solo eccezionalmente dispnoica e tachicardica, malgrado il suo peso considerevole di 77 Kg.

Esito: Guarigione clinica.

Caso IV. — Tullia C., di 19 anni, sarta.

Inizio subacuto con segni obiettivi di broncopolmonite lobo superiore D. Infiltrazione a S. con noduli confluenti. Rapida diffusione delle lesioni nei due polmoni, con rapida formazione di escavazioni sottapicali.

Si inizia il pnx. bilaterale, un mese di distanza il S. dal D. al 24° mese di malattia. Il pnx. è ben tollerato. La capacità vitale di 1000 cc. scende a 900 cc. dopo le prime introduzioni. I rifornimenti si eseguono con quantità media di gas (300) e pressioni terminali leggermente positive a destra, sempre negative a sinistra.

L'ammalata dopo poche introduzioni, presenta miglioramento delle condizioni generali, persistendo diminuzione del peso. La temperatura è diminuita. L'espettorato diviene dopo due mesi negativo. Dopo un anno di pnx. è necessario sospendere i rifornimenti a destra per le difficoltà che insorgono di penetrare nel cavo pleurico, con facile puntura del polmone e emoftoe. All'ascoltazione: nulla a sinistra. A destra rantoli fini nelle porzioni inferiori.

Attualmente (40° mese) l'ammalata è leggermente aumentata di peso. L'espettorazione è tuttavia aumentata. La dispnea è facile e frequentemente ha diarrea.

Esito: Miglioramento, attualmente stazionario.

Caso V. — Pasqualina F., di anni 31, suora.

Inizio acuto febbrile, con segni di bronco-polmonite a destra. Peso Kg. 56. Si procede subito (nel primo mese di malattia al pnx. destro, ottenendo rapido miglioramento delle condizioni generali (espettorato, tosse, senso di euforia). Dopo 24 mesi di trattamento peggiorano le condizioni generali e si riscontra una infiltrazione ulcerocaseosa a S. Si inizia prontamente il pnx. da questo lato mantenendo il pnx. controlaterale, con rifornimenti alterni di 300-400 cc. Si sospende dopo 22 rifornimenti a D. e 12 a S.

Non spostamento del mediastino.

Attualmente (a sei anni dall'inizio della malattia) si rileva fibro-torace bilaterale. Condizioni generali ottime. Peso Kg. 51. Senso di benessere. Non tosse. Espettorato negativo. Non dispnea.

Esito: Guarigione clinica.

Caso VI. — Renato P., di a. 26, assistente edile.

Esordio subdolo, con lieve emoftoe in pieno benessere. Ascoltazione negativa. Es. rad.: infiltrazione a piccoli noduli a destra. Persistendo l'emottisi si interviene con pnx. a D. con rifornimenti 900-1000 cc. senza ottenere pressioni positive. Persistono tuttavia le emoftoe e dopo sei mesi dall'indagine radiologica, si rileva una infiltrazione diffusa nella regione mediastinica S. Si pratica il pnx. a sinistra ottenendo la fine dell'emottisi. Le condizioni generali migliorano, pur persistendo

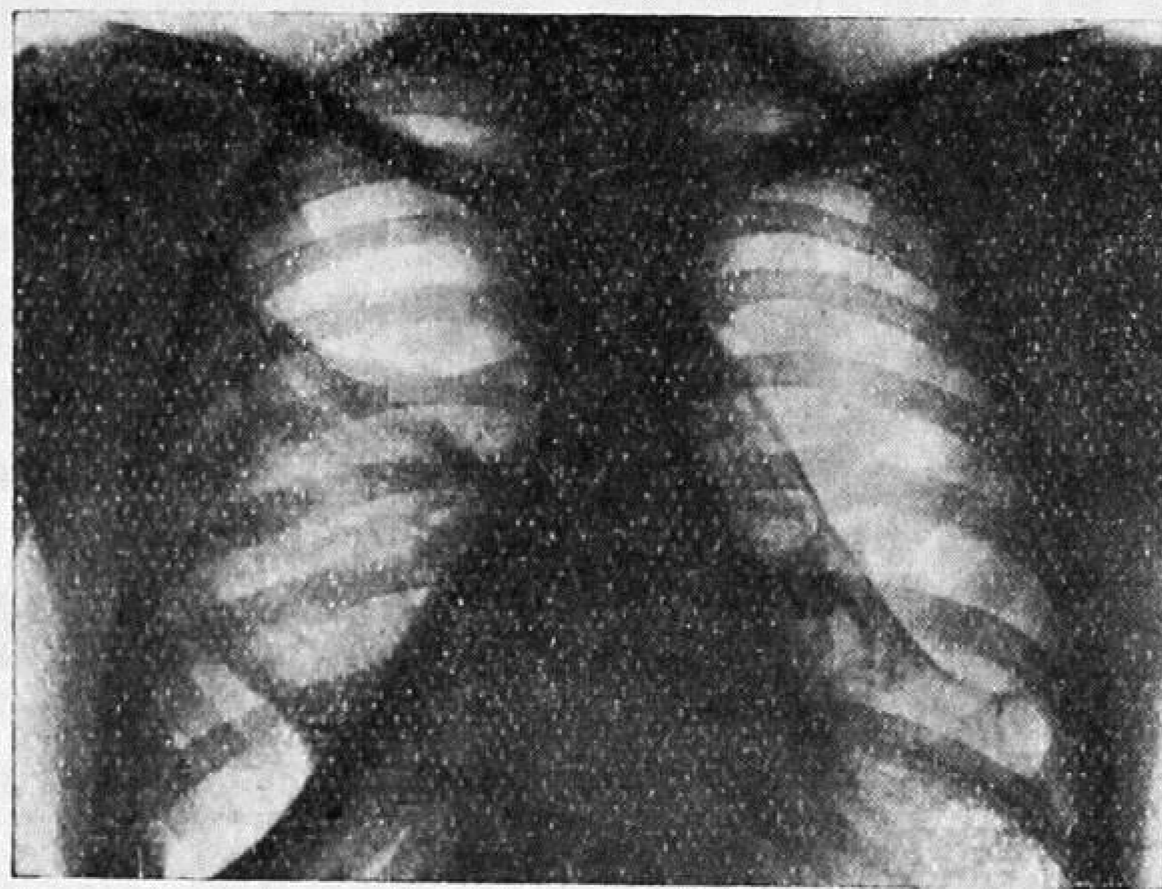


Fig. 1. — Caso N. 6.

abbondante espettorazione che si mantiene negativa per il B. di Koch. La lastra dell'ammalato è qui riportata.

Il paziente, malgrado il suo pnx. bl. non è dispnoico nè tachicardico e può riprendere il suo lavoro di assistente edile con leggere limitazioni.

Esito: Guarigione clinica.

Caso VII. — Velia A., a. 22, d. d. c.

Dopo una febbre diagnosticata come influenza ebbe emoftoe che si ripetette dopo alcuni mesi. La P. presentava febbre e tosse. All'es. ob. si riscontra areola apicale sinistra e lieve marezzatura a D. Si procede al pnx. a sinistra con rifornimenti di 300 cc e pressioni sempre negative. Dopo attuato il pnx. persiste la febbre serotina. Migliorano tuttavia le condizioni generali e si nota un aumento di peso. La tosse è diminuita mentre lo esame dell'espettorato è sempre positivo per il b. di Koch. Dopo ventidue mesi periodo di febbre elevata e all'es. rad. si riscontra lesione bronco-polmonare del lobo inferiore destro. Con il riposo e qualche cura sintomatica i fenomeni allarmanti si attenuano per riprendere più intensi al 29° mese di malattia. L'esame radiologico dimostra una grossa areola medio-toracica a destra; opacamento della base. A S. pnx. totale. Si inizia il pnx. destro con rifornimenti di circa 300 cc. e pressioni negative, praticandolo a sedute alterne con il pnx. controlaterale.

Rapido miglioramento delle condizioni generali. Aumento di peso. Persiste l'espettorazione abbondante.

Attualmente (35° mese di malattia), le condizioni della P. possono considerarsi appena discrete, per la tosse l'E. K. +, il facile affanno.

All'es. ob.: a D. diminuzione del murmure vescicolare, respiro soffiante, rantoli sottocrepitanti

nella sottoclaveale. A S. soffio anforico. Radiologicamente: polmone sinistro ben compresso, pnx. totale. A destra polmone discretamente compresso nella metà superiore. L'areola osservata nel radiogramma precedente al pnx. appare in parte colassato, in parte colmata.

Esito: Condizioni stazionarie.

CASO VIII. — Ada P., di anni 19, d. d. c.

Esordio acuto con febbri elevate, tosse, espettorato abbondante, emoftoe. All'es. radiologico: infiltrazioni estese bilaterali ai due terzi superiori con numerosi focolai bronco-polmonari a destra e grossa areola a sinistra. Al sesto mese di malattia si inizia il pneumo simultaneamente bilaterale. La capacità vitale della paziente è allora di 1000 cc. Le condizioni generali migliorano rapidamente. Il peso (inizialmente 46 Kg.) sale al 12° mese di malattia a 56 Kg. Apiressia. Diminuzione della tosse e dell'espettorato che si mantiene tuttavia positivo. A tale epoca sopraggiunge un periodo febbrile per infiltrazione a tipo broncopolmonare con esito in escavazione nel medio torace destro. L'aumento della compressione a sinistra sembra provocare riespansione a destra. Dopo questo episodio i rifornimenti a destra sono seguiti per scarse introduzioni di gas (150-200) da pressioni fortemente positive. Attualmente (22° mese di malattia), le condizioni della p. sono pressochè stazionarie, in quanto, cessato l'episodio acuto persiste tosse ed espettorato positivo per il b. di Koch. All'ascoltazione qualche rantolo a piccole e medie bolle nella regione mediotoracica a D. e apicale a S. Non spostamento del mediastino. Peso Kg. 45.

Esito: Miglioramento, attualmente stazionario.

CASO IX. — Antonia A., di anni 20, d. d. c.

Esordio subdolo con febbricola serotina, tosse ed espettorato abbondante. All'esame radiologico: bronco-polmonite lobo inferiore S. areola sotto apicale. A destra lieve infiltrazione medio-toracica. Laringite specifica. Peso iniziale Kg. 47.

Si procede al pnx. bilateralmente, prima a S. con introduzioni scarse (150-200) e pressioni leggermente positive. Dopo due mesi a destra con introduzione media (300-350) e pressioni sempre negative. Nei primi due mesi miglioramento notevole e aumento di peso. Quindi diminuzione notevole di peso fino a Kg. 39,500. La tosse è diminuita. L'espettorato è sempre positivo. I rifornimenti si sospendono dopo 24 mesi per volontà dell'ammalata. Attualmente (37° mese di malattia), condizioni generali buone. Apiressia. All'es. ob.: persistono rantoli a destra nella sopra spinosa e sotto spinosa. Miglioramento notevole delle lesioni laringee.

Esito: Miglioramento, attualmente stazionario.

CASO X. — Maria F., di anni 20, d. d. c.

Inizio subdolo, con febbre serotina. Abbondante espettorato. All'esame rad.: infiltrazione ulcero-caseosa sotto-claveare destra. Al quarto mese di malattia si inizia il pnx. a D. L'ammalata avverte subito un senso notevole di euforia. Tuttavia il pnx. è soltanto sub-totale per presenza di aderenze basilari. L'apice D. si riespande non appena si distanziano i rifornimenti. Soltanto dopo due anni il pnx. D. diviene totale. Al 28° mese di malattia la P. peggiora nello stato generale e l'indagine radiologica dimostra un'infiltrazione medio-toracica S. con grossa areola. Si inizia subito il pnx. S. ben tollerato. Tuttavia con introduzioni scarse (300) e pressioni leggermente positive si produce lo spostamento del mediastino e dispnea intensa. Dopo quattro mesi è necessario sospendere i rifornimenti a destra per l'insorgenza di un idropneumo. A S. i risultati tecnici non sono soddisfacenti per l'esistenza di una grossa cavità mediotoracica che non è possibile collassare anche perchè con pressioni alte insorge dispnea. Ad ogni modo la P. può considerarsi notevolmente migliorata dopo l'attuazione del 2° pnx. Il peso è aumentato. L'espettorato è scarso.

Attualmente (36° mese): all'esame del torace si osserva la persistenza di fatti catarrali a S. L'emitorace destro è retratto e non si osservano più segni di versamento.

Esito: Stazionario con leggero miglioramento.

CASO XI. — Pierina G., di anni 27, d. d. c.

Inizio acuto con febbri elevate, bronco-polmonite a D. S'inizia al terzo mese il pnx. destro. Segue rapido miglioramento ed apiressia. Progressivo aumento di peso. Al 15° mese peggioramento clinico per infiltrazione sotto-claveare sinistra con formazione di grossa areola. Si inizia allora il pnx. S. Rifornimenti alterni bilaterali ben tollerati con pressioni terminali sempre negative. A destra si sospendono i rifornimenti per idro-pneumo dal 20° al 27° mese, riprendendoli in seguito dopo scomparso l'essudato. I rifornimenti si continuano tuttora (quarto anno e 10°. mese di malattia) con dosi minime di gas e pressioni positive. Il mediastino è attratto verso D. Le condizioni generali sono ottime (peso Kg. 53). L'espettorato è però abbondante e positiva la ricerca dal bacillo di Kock.

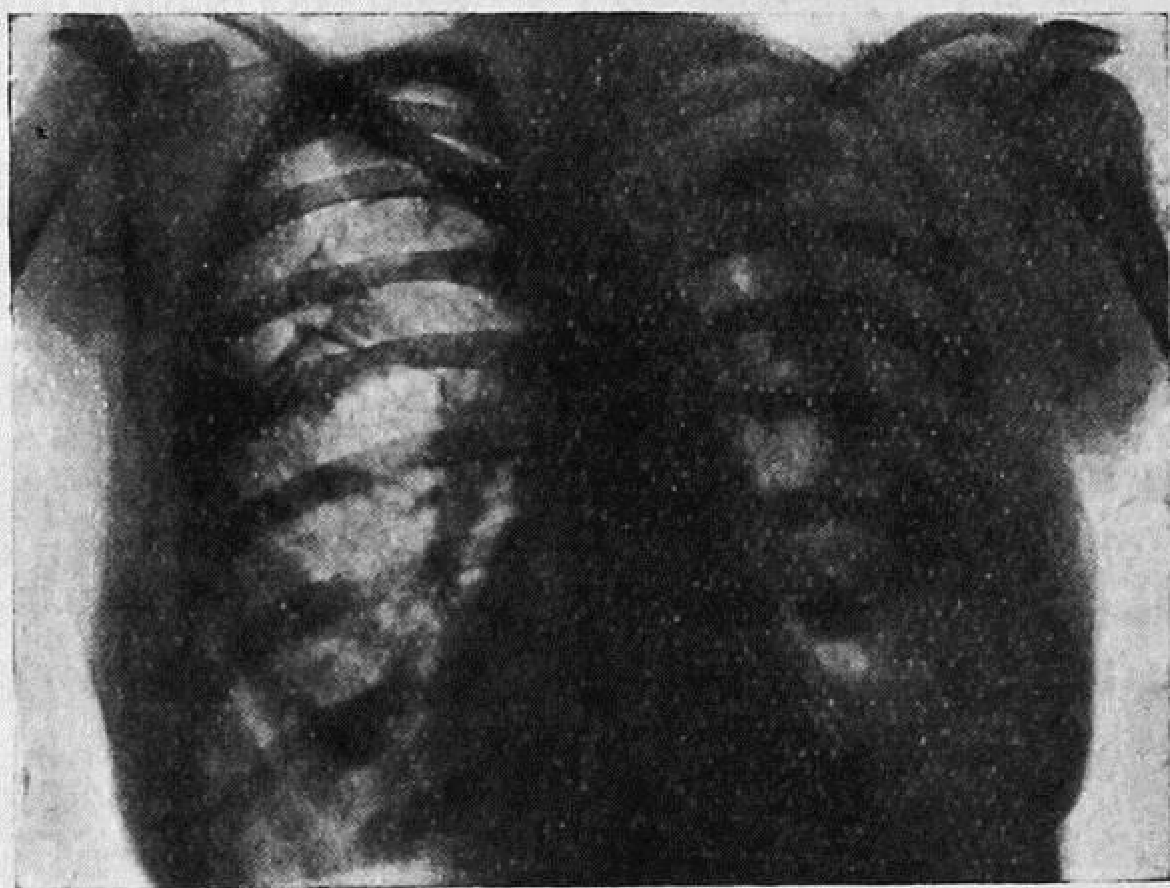


FIG. 2. — Caso N. 11.

Esito: Miglioramento, stazionario.

CASO XII. — Irma S., di anni 24.

Inizio acuto con febbre elevata. Tosse. Espettorato abbondante. All'es. rad.: infiltrazione bronco-polmonare apice e sottapice S. S'inizia il pnx. S. al 20° mese di malattia. Rapido miglioramento, apiressia, aumento di peso. Diminuzione dell'espettorato. Al 27° mese di malattia infiltrazione del sottapice D. a tipo ulcero-caseoso. Misurata la capacità vitale che è di 1900 si procede al pnx. destro ben tollerato all'inizio. Tuttavia è necessario sospenderlo dopo tre mesi per ostinato rifiuto dell'ammalata. Si continuano i rifornimenti a S. fino al 70°.

Attualmente (43° mese): condizioni generali buone, aumento di peso, espettorato abbondante e po-

sitivo per il bacillo di Koch. All'es. radiologico: sclerosi bilaterale con persistenza di grossa areola sottoclaveare a destra.

Esito: Miglioramento, stazionario.

Dall'esame dei casi da me presentati è facile rilevare come la collasso-terapia bilaterale sia stata da me istituita, in malati affetti da forme tubercolari particolarmente gravi.

Dei dodici pazienti ben dieci erano affetti da bronco-polmonite specifica, e di questi ben tre erano simultaneamente colpiti in ambedue i polmoni con la medesima alterazione patologica. Di questi solo una decedeva, dopo sei mesi di malattia. Le altre due ammalate hanno conseguito un rapido miglioramento a cui è seguita una fase stazionaria, dovuta verosimilmente nel n. 4 all'impossibilità di proseguire i rifornimenti a destra per la formazione di aderenze e per una riacutizzazione dei fatti morbosi. Nel n. 8 il miglioramento è più accentuato e si ha ragione di sperare in una guarigione clinica.

È qui necessario avvertire che il termine guarigione clinica viene adoperato con tutte le riserve necessarie quando ci si riferisce alla tubercolosi polmonare, in quanto è purtroppo noto come anche i malati ritenuti guariti per la scomparsa di ogni sintoma clinico, è possibile una ripresa evolutiva del processo giudicato ormai spento. Questo è dimostrato dai reperti anatomo-patologici di Lindblon e Rolland che hanno osservato i polmoni compressi per un pnx da molti anni: la presenza costante di focolai anatomici tbc. recenti, posteriori all'instituzione del pnx.

Fatta questa riserva necessaria per la esatta interpretazione dei risultati ottenuti, dirò come le lesioni bronco-polmonari simultaneamente bilaterali, pure essendo suscettibili di cura pneumotoracica siano di prognosi particolarmente riservata.

In linea generale raramente è possibile e utile applicare il pnx. bilaterale alle lesioni sin dall'inizio bilaterali.

In casi speciali possiamo dire è necessario, prima dell'intervento valutare le capacità organiche di resistenza, il terreno organico su cui la malattia si è impiantata e si svolge. Indispensabile è in ogni caso la esatta misurazione della capacità respiratoria.

Nei casi citati il n. 2, una giovinetta di 17 anni, amenorroica, ritardataria e deficiente nello sviluppo fisico e fisiologico, è stata rapidamente e ineluttabilmente vittima della malattia.

Nel caso n. 6 l'intervento è stato giustificato dal ripetersi frequente e incoercibile di piccole emottisi, nonchè dall'esame radiologico sufficientemente dimostrativo.

Negli altri casi l'intervento bilaterale è stato determinato dall'insorgere di lesioni più o meno gravi nel lato ritenuto sano o dal peggioramento di lesioni controlaterali preesistenti, di cui si sperava la regressione dopo instituito il pnx da un lato.

Mi sembra inutile soffermarmi a lungo sulla tecnica. I pnx sono stati eseguiti con l'apparecchio di Forlanini e con aghi comuni da iniezioni lunghi 5-6 cm.

Questo tipo di ago comunemente adoperato negli Ospedali di Roma, non ha mai dato luogo a inconvenienti. La semplicità di uso e il piccolo calibro rendono facile l'introduzione e nei casi di puntura del polmone raramente l'emorragia è di qualche entità o il pnx da lacerazione del tessuto polmonare, è tale da produrre danni evidenti.

Le introduzioni di aria sono state sempre modiche e le pressioni raggiunte hanno oscillato intorno allo 0.

Mai all'inizio del pnx. controlaterale ho estratto aria dalla cavità toracica ove esisteva il primo pneumo, come consigliano alcuni autori. L'estrazione di aria infatti, decomprimendo troppo rapidamente il polmone, espone alla diffusione miliarica e alle lacerazioni polmonari.

Nei miei malati non ho mai sorpreso segni gravi di anossiemia consistenti, secondo Dumarest, in lievi lipotimie, in senso di mancamento per piccoli sforzi, abbassamento normale della temperatura, torpore fisico e mentale, sonnolenza, dimagrimento e cachessia progressiva.

Più volte ho osservato che uno spostamento del mediastino nel corso di un pnx di un solo lato era prontamente e stabilmente corretto non appena iniziate le introduzioni di gas, controlateralmente. Questi fatti erano già stati osservati da Parodi che affermava esservi nel pneumo-torace doppio una migliore utilizzazione del respiro nel lato meno compresso.

I radiogrammi e le indagini cliniche nei casi da me raccolti mi hanno persuaso che raramente l'operatore è padrone di comprimere maggiormente una parte anzichè l'altra, in base alle indicazioni del processo morboso. Dei due polmoni vi è sempre uno che resiste maggiormente al gas e alla pressione che teoricamente e comparativamente dovrebbe essere sufficiente a collassarlo.

I casi clinici sopra descritti si riferiscono come può rilevarsi dalla tabella, ad ammalati la cui osservazione data da un minimo di due anni a un massimo di sei anni. I risultati com-

plessivi possono ritenersi veramente soddisfacenti se si considera la gravità dei singoli casi. Gravità che non deve tuttavia sorpassare un certo limite.

Nel caso n. 2 la laringite ulcerosa e le cattive condizioni somatiche della p. avrebbero controindicato l'attuazione del pnx. L'intervento fu tuttavia stabilito in considerazione della precocità dell'osservazione.

La precocità dell'intervento deve essere ritenuto elemento fondamentale per la buona riuscita di un pnx. bilaterale.

Come abbiamo detto più sopra le indicazioni per il pnx bilaterale si sono in questi ultimi anni di molto allargate.

Ma io credo comunque indispensabile per decidere l'intervento, valutare la robustezza dell'individuo colpito. la capacità di resistenza alle ripercussioni generali del traumatismo e il grado di tossiemia tubercolare. La capacità respiratoria, ripetutamente misurata ci dirà inoltre se l'area polmonare indenne è sufficiente per gli scambi respiratori.

Solo con questi accorgimenti e con una esatta e prudente tecnica si potrà giovare a molti ammalati destinati, nel passato, a una fine senza speranza.

Roma, 1° marzo 1933-XI.

RIASSUNTO.

Premesse alcune considerazioni fisiomeccaniche sul pnx. elettivo, l'A. precisa le indicazioni del pnx. bil. sim.

La casistica presentata, riguardante 12 ammalati affetti da forme tubercolari particolarmente gravi, trattati con pnx. bil. sim. dimostra come questa terapia sia in genere ben tollerata.

I risultati esaminati a distanza variabile da due a sei anni sono i seguente: decessi 1; stazionari 2; migliorati 5; guariti clinicamente 4.

BIBLIOGRAFIA.

Si rimanda all'estesa bibliografia sull'argomento raccolta nel volume di M. ASCOLI e LUCACER: *Le pneumothorax bilatéral simultané.* Masson, 1933.

RILIEVI E COMMENTI.

Per la conoscenza del meccanismo che regola il flusso biliare nelle grandi vie.

G. BAGGIO, Cagliari.

Nei congressi, difficilmente si sviluppa e si discute un'idea, quanto è necessario per giungere ad una conclusione: possono invece essere gettati semi di nuovo studio.

Fu così che nel recente 40° Congresso della Società Italiana di Chirurgia, una serie di argomentazioni da me avanzate discutendo la relazione del prof. Uffreduzzi sul drenaggio delle vie biliari fu considerata dal Relatore come punto di partenza per nuove ricerche.

Allo scopo di rendere quest'origine del nuovo studio reperibile e controllabile per commenti o confronti, desidero affidarla alla stampa.

Oggetto di mia considerazione fu il meccanismo che regola il flusso della bile nelle grandi vie biliari. E il nucleo dal quale le considerazioni ebbero più diretta origine fu il seguente passo della relazione a pag. 21:

« Questo equilibrio della tensione » (biliare) « è assicurato dalla cistifellea, che si lascia distendere e che ha un apparecchio valvolare e sfinterico di chiusura che consente entro certi limiti la creazione in essa di una tensione superiore a quella delle altre vie biliari e la penetrazione della bile nella cistifellea anche se in essa vi è una tensione superiore a quella colla quale la bile circola nell'albero biliare ».

Premesso che l'apparecchio valvolare suddetto non poteva essere inteso nel senso di meccanismo inerte perchè una valvola di questo genere serve a impedire che liquido passi da cavità con pressione alta a cavità con pressione bassa, ma non viceversa, mi soffermai su quest'altro passo della relazione a pag. 22:

« Schmieden ritiene che nell'apparecchio di chiusura del cistico vi sia un delicato meccanismo automatico, che anche facendo astrazione dal giuoco muscolare, permette tanto la penetrazione della bile nella colecisti quanto il suo reflusso », e feci notare che automatismo di parti solide dell'organismo animale indipendentemente da azione muscolare non si concepisce.

Considerato allora che la sostanza muscolare più abbondante e più vicina a quell'apparecchio di chiusura è quella che si trova nella cistifellea, espressi il mio pensiero sul meccanismo regolatore del flusso biliare dentro la cistifellea a questo modo:

La bile entra nella cistifellea in quanto che la cistifellea, per primario atteggiamento della sua muscolatura, si dispone ad accoglierla.

Richiamai poi l'altro passo seguente della relazione a pag. 25 che si riferisce ad esperimenti di Westphal:

« Se vien stimolato il simpatico per via elettrica o con iniezione di adrenalina si osserva l'opposto e cioè la caduta della pressione nella cistifellea e la dilatazione passiva di questa per diminuita tossicità della parete », e rilevai che, sostituendo il « passiva » (di dilatazione) con « attiva », si ritrova nelle parole suddette il mio concetto di prima dimostrato da esperimento. Dissi inoltre che ritenevo doveroso usare l'aggettivo « attiva » invece di quello « passiva » perchè la condizione stabilita da quell'esperimento non è la conseguenza della cessazione di uno stimolo precedentemente in atto, ma l'effetto d'uno stimolo nuovo; perchè, in contemporaneità con quella diminuzione di tono della parete, si stabilisce (pagina 26) una « chiusura isolata della parte inferiore dello sfintere » di Oddi, cioè si avvera un duplice e contrapposto fenomeno da parte di eguale tessuto muscolare liscio e per effetto di un unico stimolo nervoso, indirizzato ad un unico scopo; perchè, infine, il rilasciamento della cistifellea precede la penetrazione della bile: se, difatti, precedesse la penetrazione, la pressione della bile dovrebbe essere più alta fuori anzichè dentro la cistifellea, mentre è il contrario. All'opposto: la dilatazione primaria della cistifellea per diminuita tossicità della sua parete deve formare aspirazione sulla bile, la quale, una volta entrata, viene trattenuta dall'apparecchio valvolare e per tal modo aumenta la sua pressione.

Questo il concetto scientifico; il quale, dissi, acquista importanza superiore a quella limitata strettamente al problema fisiologico, perchè è naturale estenderla dalla cistifellea a tutte le vie biliari provviste di muscolatura, e in tal modo permette di spiegare anche fenomeni patologici che ancor più di quello fisiologico sarebbero difficili a trovare soluzione senza quel principio della dilatazione primaria. Citai ad esempio di tali fenomeni la dilatazione del coledoco in seguito a colecistectomia, la dilatazione del coledoco in seguito a colecistoduodenostomia, la dilatazione del coledoco in seguito a interruzione o a divulsione della papilla di Vater. In ognuna di queste tre condizioni è impossibile invocare a spiegazione del fenomeno la pressione interna esplicata dalla bile ed è necessario invece ricorrere al concetto della dilatazione attiva.

Le considerazioni che trassi poi da questo principio funzionale, per applicazioni chirurgiche in relazione al drenaggio delle vie biliari esulano dallo scopo di questa nota.

Devo aggiungere invece che in risposta alle mie riflessioni, il relatore — pure avendo riconosciuto cortesemente la loro fondatezza e senza escluderne la giustezza — fece le sue riserve sul concetto fisiologico della dilatazione attiva e obbiettò che la bile può trovarsi nella cistifellea sotto pressione superiore a quella dei dotti in quanto che l'assorbimento da parte della cistifellea provvede di tanto in tanto a riportare quella pressione a valori più bassi. Per meglio rendere tale concetto si servì di un grafico, davanti al quale, segnata con dieci la pressione della bile nel coledoco, con venti quella della bile nella cistifellea, fece questa considerazione: finchè la bile si trova a differenze di pressione come è qui segnato, è naturale che nuova bile nella cistifellea non entri; ma a questo punto entra in giuoco il riassorbimento esplicato dalla cistifellea e le pressioni si riequilibrano.

Interrogato però da me — dopo la sua risposta ufficiale — come spiegava quell'iniziale differenza di pressione fra 10 e 20, riconobbe la difficoltà della risposta: e da ciò ebbe origine il proponimento del nuovo studio.

SUNTI E RASSEGNE

TISIOLOGIA.

La profilassi della tubercolosi infantile.

(C. FERREIRA. *Jornal dos Clinicos*, 16-30 luglio 1933).

La profilassi della tubercolosi nella prima età rappresenta un problema di enorme importanza medico-sociale ed uno degli elementi più essenziali per la lotta antitubercolare.

La profilassi, la quale deve essere individuale, domestica e sociale, deve basarsi, secondo Spolverini, sui seguenti principî:

1) il bambino non nasce tubercoloso ma può diventarlo perchè contagiato dopo la nascita;

2) il contagio è sopratutto famigliare, domestico: è quindi necessario allontanare il lattante dall'ambiente infetto;

3) la percentuale dei bambini tubercolosi cresce rapidamente con l'età ed è necessario quindi che la profilassi sia realizzata il più precocemente possibile;

4) è necessario esaminare sistematicamente tutti i bambini nati in ambiente infetto, sfruttando i varî metodi di esplorazione clinica.

Secondo Nobécourt e Schreiber, che hanno profondamente studiato la questione, il piano di lotta dovrebbe essere il seguente:

a) creazione di dispensari antitubercolari, primo passo verso la profilassi, tendente all'educazione igienica dei genitori per mezzo delle visitatrici;

b) il lattante indenne viene allontanato dal focolaio famigliare;

c) per i bambini più grandi e ancora indenni separazione con collocazione famigliare individuale;

d) esame sistematico degli scolari e dei professori, secondo quanto è stato fatto in Italia, con istituzione di una cartella radiologica completa. Il solo esame clinico sarebbe senza

valore pratico date le frequenti forme latenti (Busi, Morelli, Cignolini, ecc.);

e) l'allontanamento dalla scuola degli insegnanti e del personale di servizio affetti da tubercolosi bacillifera. Per i fanciulli già contagiati affetti da tubercolosi latente o gangliare, non contagiante, migliorare le condizioni di vita nella scuola con scuole all'aperto, ecc. Per i bambini invece eliminatori di bacilli, che sono pochi, creazione di « Scuole Sanatorio », applicando anche alle zone rurali le misure adottate per le città.

Una grande importanza è da annettere alla collocazione individuale famigliare dei bambini che si vogliono allontanare dall'ambiente infetto. Tale problema è stato risolto con l'istituzione di centri di collocamento dei lattanti, costituiti da un piccolo dispensario con una infermiera visitatrice, che ha il còmpito di preparare e distribuire il latte alle famiglie che allevano il bambino e che si trovano ad un raggio di tre chilometri intorno ad un dispensario. Il tutto è sorvegliato da un medico specializzato. Tali istituzioni esistono in Francia ed hanno dato risultati ottimi. In Brasile un tale tipo di collocamento famigliare era difficilmente attuabile e si è adottato il tipo di collocamento collettivo, con l'istituzione di preventori e di sanatori perfettamente organizzati. Tale tipo di collocamento collettivo è stato adottato anche in Italia, dove le colonie marine e montane, che accolgono i fanciulli anemici e deboli costituzionali, i linfatici e i pretubercolosi, sono ormai numerosissime e associano l'azione del clima all'elioterapia.

Questa elioterapia nelle scuole al sole, gli esercizi fisici all'aria aperta, gli esercizi respiratori per mezzo dello spiroscopio e dello spirometro, i giuochi convenientemente dosati e controllati, la ginnastica adeguata e i bagni attinici e in alcuni casi l'aria marina, costituiscono dei fattori di irrobustimento di notevole efficacia preventiva nei bambini minacciati dalla tubercolosi o provenienti da famiglie di tubercolotici.

Ma nuovi orizzonti si sono aperti in questi ultimi anni, grazie ai lavori e alle ricerche di Calmette e Guérin, studi proseguiti con pazienza benedettina per oltre venti anni. Ormai la vaccinazione con BCG è accettata in quasi tutte le nazioni del mondo. Tale vaccinazione è utilizzabile negli individui che non reagiscono alla tubercolina, ma è stata dimostrata come inoffensiva anche negli individui a Pirquet negativa. Il numero dei vaccinati in tutto il mondo si aggira ormai intorno al milione — e per quanto alla scoperta preziosa di Calmette siano state portate varie obiezioni ed incriminazioni senza alcun serio fondamento, essa va trionfando sempre più degli ostacoli che le si frappongono.

È dall'insieme di tutti questi mezzi, di questi provvedimenti ed istituzioni che bisogna attendersi i migliori risultati. Ed è giusto, conchiudendo, ricordare il pensiero del tisiologo americano Knopf: « la prevenzione della tubercolosi nell'infanzia e l'educazione delle masse adulte porteranno alla vittoria definitiva ».

G. LA CAVA.

Dilatazione dei bronchi e tubercolosi.

(L. BERNARD. *Journal des praticiens*, n. 16, aprile 1933).

I rapporti della tbc. polmonare e delle bronchiectasie sono ancora discussi. Laennec individualizzò questa affezione con una descrizione che è rimasta classica: egli l'aveva nettamente separata dalla tbc. Cruveilhier giunse ad ammettere un vero antagonismo tra le due malattie. Grancher nel 1878 fece la revisione di queste idee sostenendo che la tbc. sia nella sua forma acuta, sia nelle forme croniche specie fibrose, può causare dilatazioni bronchiali. Ciò sostenne anche Marfan quando Tripier (di Lione) insistette sulla frequenza della *sifilide* nei bronchiectasici, sì che per molti anni nessuno dubitò dell'etiologia abitualmente luetica delle bronchiectasie. L'esplorazione radiologica col lipiodolo (Sicard) riaprì la discussione. Si cominciò col notare l'esistenza di *bronchiectasie* clinicamente *mute*, vera sorpresa radiologica. Poi si rilevarono delle *forme frustc* a tipo di bronchite cronica, di enfisema. Poi le *forme larvate*, come la forma secca emoftoica di Bezançon e Azoulay.

Attualmente si possono riunire in *tre gruppi* i fatti che legano le bronchiettasie alla tubercolosi:

1) La bronchiettasia può seguire alla evoluzione di una *tbc, polmonare* o *pleuro-polmonare acuta*, con un processo patogenetico simile a quello che si ha come conseguenza di una bronco-pneumonite infantile;

2) Si può trattare di una *tbc. polmonare comune*, specie nella forma ulcero-fibrosa cronica nel cui corteo di lesioni si trovano con discreta frequenza le bronchiectasie. L'azione formatrice della tbc. sulle bronchiectasie non è qui in discussione. Vanno qui ricordate le bronchiectasie sottocavitarie, date dalla dilatazione secondaria del bronco di drenaggio di una caverna;

3) Meno dimostrato ma infinitamente probabile è l'intervento della *sclerosi involutiva tubercolare* nella produzione delle dilatazioni bronchiali.

Vediamo ora i *processi patogenetici*: il processo fondamentale della bronchiectasia risiede nei bronchi, vi deve essere prima un fatto distruttivo che lede la resistenza della parete, poi un processo costruttivo che dipende dallo sviluppo della sclerosi retrattile. La formazione lenta e progressiva della dilatazione dei bronchi può essere la conseguenza di tutte le sclerosi polmonari, qualunque ne sia la natura: perchè

le sclerosi tubercolari non evolutive dovrebbero fare eccezione? Nella genesi delle bronchiectasie, dopo la bronchite e le sclerosi polmonari interviene l'azione della pleura; spesso infatti le bronchiectasie si trovano associate a sinfisi pleuriche. La tubercolosi che altera tanto profondamente la pleura ha così un'altra strada per intervenire. L'*etiologia tubercolare* delle bronchiectasie non può più oggi essere contestata.

Più dubbia è la risposta al problema se la tubercolosi polmonare possa svilupparsi nel corso delle bronchiectasie.

Circa la *terapia*, nelle forme di bronchiectasie con tbc. polmonare unilaterale il pneumotorace è il metodo di scelta. Ma i risultati pare siano solo mediocri. L. TONELLI.

Il potere battericida del siero e dei liquidi pleurici sul bacillo di Koch.

(P. COURMONT e H. GARDÈRE. *Journ. Méd. Franç.* n. 5, maggio 1933).

L'apprezzamento del potere battericida (P.B.) degli umori dei tubercolosi costituisce un nuovo metodo sierologico che permette delle applicazioni diagnostiche e prognostiche.

Tre provette di acqua peptonata e glicerinata vengono addizionate, a tassi differenti, con liquido pleurico o con siero asettico (1/8, 1/4, 1/2). Queste provette di diluizione, una o parecchie provette di siero puro e infine delle provette di acqua peptonata e glicerinata testimoni sono tutte insemensate con una stessa quantità di cultura omogenea di bacillo di Koch (20 milioni di B. K.) poste in stufa a + 37° e agitate ogni giorno. Le culture si sviluppano in tutto lo spessore del liquido, permettendo di giudicare facilmente l'assenza o l'intensità della vegetazione microbica. Dopo qualche giorno di permanenza in stufa si vede l'intorbidamento microbico molto netto nei tubi testimoni, mentre i tubi addizionati con siero rimangono chiari per un certo tempo o anche indefinitivamente. La cultura può svilupparsi in alcuni tubi contenenti siero, ma sempre con ritardo e tanto più debolmente quanto più è grande la quantità di siero; nel siero puro la vegetazione non si produce che quando il potere battericida è nullo.

L'apprezzamento dei risultati dev'esser fatto sempre nelle stesse condizioni di tempo, di osservazione, ecc. Gli AA. notano i risultati definitivi dopo 15 giorni, dopo aver osservato i risultati ottenuti ogni cinque giorni. Si vede così il siero esercitare in primo tempo un'azione antivegetativa molto netta; poi, dopo alcuni giorni, lo sviluppo più o meno ritardato delle culture si verifica progressivamente in un certo numero di tubi, secondo la quantità di siero e secondo il potere battericida di questo. Gli AA. indicano i risultati nel modo seguente: + 1 oppure + 2 oppure + 4 oppure + 8, secondo che l'arresto della cultura è stato osservato nel tubo contenente 1 di siero puro, 1/2, 1/4 o 1/8 di siero o di sierosità.

Negli animali sani il P. B. normale è molto variabile. È di + 2 nella cavia e nel coniglio, di + 4 nel cane, più elevato nel cavallo. Nell'uomo sano adulto il potere battericida è normalmente di + 2.

Il P. B. sembra molto resistente alle differenti cause di distruzione. Il riscaldamento a + 60° per un'ora e la filtrazione per candela di porcellana non lo modificano.

In certi animali P. B. e potere agglutinante sembra che vadano paralleli.

Il cavallo, nel quale la tubercolosi spontanea è rara, presenta il più forte P. B. e agglutinante. L'uomo, il coniglio e la cavia, molto tubercolizzabili, hanno un siero poco battericida e quasi affatto agglutinante. Sembra pertanto che il P. B. abbia un certo rapporto con la resistenza delle specie animali alla tubercolosi.

Nei tubercolotici la gravità dei casi ed il numero dei decessi aumenta proporzionalmente a misura che il P. B. si abbassa. Inversamente, il numero dei casi che guariscono e di cui l'evoluzione è molto favorevole è molto grande quando il potere battericida è forte (66 %), diminuisce della metà (33 %) quando il P. B. è debole.

Sembra dunque che il P. B. sia un elemento di guarigione o almeno di grande resistenza nel tubercolotico.

Nello stesso individuo il P. B. è massimo nei casi favorevoli e durante la fase di evoluzione con buona resistenza del soggetto; quando il soggetto è clinicamente guarito, il P. B. ordinariamente si abbassa a + 2, che sembra essere il tasso normale nell'uomo.

Negli animali tubercolizzati si verificano dei fatti analoghi. C. TOSCANO.

MISCELLANEA.

Ancora sull'azione delle vitamine.

(W. KOLLATH. *Mediz. Klinik*, 8 settembre 1933).

Un ulteriore tentativo di dare una rappresentazione unitaria dell'influenza delle vitamine sull'organismo viene fatto dall'A. Egli già precedentemente ha richiamato l'attenzione sulle deficienze dell'esclusivo metodo chimico nello studio del problema; ora riprende l'argomento rivedendo lo svolgimento delle ricerche sulla strada finora seguita dagli studiosi. Nella parte clinica dello studio tutti i sintomi osservati venivano attribuiti alla mancanza di singoli fattori; eppure una parte di essi era invece causata da sostanze ancora presenti. Dall'altra parte sperimentalmente venivano studiate solo le sindromi analoghe a quelle osservate in clinica (dell'uomo o dell'animale); esse sono provocate da una combinazione di cause facile a verificarsi nel dato ambiente; ma esistono delle sindromi (cosidette « artificiali ») che pur non riscontrabili co-

munemente avrebbero una importanza non trascurabile per illuminare il problema vitaminico. Le diete sperimentali dapprima erano composte di alimenti naturali denaturati; si vide però che alcune impurità di questi contribuivano alla sindrome. Si è passato allora alle cosidette diete sintetiche possibilmente pure, alle quali mancava una delle vitamine; con queste però si osservarono delle sindromi nuove e queste venivano trascurate, quali « artificiali ». L'A. nelle sue ricerche, servendosi delle diete sintetiche, successivamente eliminava da queste tutte le sostanze non indispensabili per la comparsa di un dato sintoma. Un tale sistema mise in evidenza che pur persistendo la carenza della vitamina, la sottrazione o aggiunta di una data sostanza causava la scomparsa risp. l'apparizione di uno dei sintomi. Le ricerche svolte su 1200 ratti furono la base per la costruzione di una nuova divisione delle sindromi da carenza, a seconda dei singoli processi organici influenzati dalle vitamine. Quale indicatore di tali processi l'A. si è servito del sistema osseo, perchè in esso si rispecchiano tutte le deviazioni patologiche per difetto od eccesso di un dato fattore. Lo sviluppo del sistema osseo richiede l'intervento di tutti i fattori accessori; esso rappresenta la conseguenza dell'*azione successiva dei componenti della serie vitaminica*; in mancanza di uno di questi si sviluppa l'anomalia che rappresenta in modo esagerato il rendimento fisiologico del fattore immediatamente precedente; tutti i fattori più tardivi rimangono senza effetto. Si avrebbe in tal modo uno schema della *sistemazione delle vitamine in una successione seriale*.

Tre sono i processi fondamentali influenzati dalle vitamine:

1) il ricambio e la sua intensità; tutti i fenomeni di questo entrano nel campo del potenziale di ossidazione e riduzione;

2) la rigenerazione che richiede necessariamente l'apporto esogeno;

3) l'eliminazione o il riassorbimento dei prodotti di disintegrazione.

Le vitamine C, B_1 e B_2 influenzano il ricambio. La rigenerazione richiede due fattori produttivi: quello termostabile (HG dell'A. presente nel lievito e nel grano) e il termolabile (fattore rachitico di Mellanby e Holst); ad essi seguono nella serie il fosforo, il calcio, la vitamina D e E. Mentre il riassorbimento è dominato direttamente dal fattore A, la vitamina C lo stimola, quella B_1 l'inibisce. E siccome il riassorbimento influenza anche la rigenerazione, vediamo che i fattori del ricambio, cioè quelli del potenziale di riduzione, hanno una parte importante in molte malattie da carenza.

Vedremo ora che due grandi gruppi delle avitaminosi — l'aplastico-consuntiva e la paraplastico-produttiva sorgono su delle basi aspecifiche poco caratteristiche; i sintomi specifici non sono precisamente dovuti alla carenza.

La mancanza dei fattori produttivi fa sì che l'organismo rimane composto da cellule vecchie (*malattie consuntive aplastiche*); ma solo con aggiunta di NaCl avremo gli edemi; gli acidi grassi non saturi e i saponi di questi provocheranno l'emorragie (sindrome scorbutica); solo con determinate sostanze si giunge al beri-beri, alla pellagra, ecc. L'aggiunta di alcune vitamine (B_1) provoca la comparsa di nuove sindromi; la mancanza di un elemento esagera l'azione dell'altro; e studiando la differenza fra l'atrofia semplice e il ricambio alterato dall'apporto di singoli fattori diventerà ora possibile determinare l'azione chimico-fisiologica di ognuno di essi.

Soltanto nella presenza del fattore produttivo (termolabile, necessario per la neoformazione cellulare) con nutrizione sufficiente si può rendere palese la sindrome da carenza del fattore A, *sindrome paraplastico-produttiva*. Anche in essa singoli fattori in più o in meno influenzano la specificità del quadro clinico. (Sembra che la vitamina A abbia una speciale importanza per il riassorbimento dei prodotti di disintegrazione proteica rappresentanti un ottimo terreno per i batteri).

Analizzando la fenomenologia ossea nei diversi quadri di questa sindrome, vedremo che la carenza del complesso A si ripercuoterà sulla formazione dei capillari; l'isolata somministrazione del fattore del rendimento cellulare (il fattore di Mellanby e Holst) causerà la formazione esclusiva della sostanza osteoide (malacia osteoide o impropr. rachitide fosforica). Se vengono apportati i due fattori produttivi, in mancanza di fosforo avremo sempre la malacia osteoide; presentè questo, e mancando il calcio si appaleserà la malacia fibroide. A seconda del rapporto fra le due sostanze ci si avvicinerà più o meno alla rachitide (forma osteoide) o alle malattie rachitosimili (forme fibroidi); ecco un esempio dove le sindromi « artificiali » illuminano l'essenza di quelli riscontrabili comunemente.

Un posto a se occupa il morbo di Moeller Barlow; in esso certamente si giunge alla produzione dell'osso; esso è caratterizzato dal predominio della neoformazione rispetto al riassorbimento che si presenta inibito per il terreno aspecifico del ricambio insufficiente. Nel quadro specifico pure qui la successione vitaminica è dimostrabile; il calcio e la vitamina D che nella serie seguono al fosforo sono completamente inutili senza quest'ultimo.

Un esempio tipico dell'etiologia molteplice è rappresentato da un'altra malattia paraplastica: la rachitide; in essa infatti l'aggiunta della vitamina D non riesce a ristabilire la resistenza organica. Domina la debolezza del ricambio, alla quale contribuiscono pure la carenza della vit. C, l'esagerato apporto di B_1 e di potassio, l'ipofunzione tiroidea, l'ipoplasia linfatica, ecc.

Facendo delle deduzioni pratiche dalla rassegna critica, l'A. rileva che le alterazioni del

ricambio catabolico dominano la patogenesi o la sintomatalogia delle sindromi di carenza. La sua alterazione unilaterale porta ai sintomi specifici delle malattie aplastiche; dall'altra parte l'insufficienza del catabolismo costituise la base aspecifica delle formazioni paraplastiche. La produzione decorre secondo le leggi proprie regolate dal sistema endocrino ed è quasi inattaccabile dall'esterno; il consumo invece si presenta alterato. Nel binomio produzione-consumo (che rappresentano insieme il metabolismo) il primo fenomeno si basa su delle reazioni di ossidazione, il secondo su quelle di riduzione. Si può dire dunque secondo l'A. che le malattie da carenza sono dominate dalle alterazioni di potenziale di riduzione.

Il significato del potenziale può essere intuito, ma difficilmente compreso da chi non è fisico (l'A. ricorre ad una serie di paragoni più o meno complessi; in fondo esso è analogo al potenziale elettrico). Le misurazioni del potenziale di riduzione nel vivo finora sono quasi impossibili; solo indirettamente possiamo studiarlo mediante colorazione vitale con colori reversibilmente riducibili e ossidabili. Dagli studi di Kollath, Tillmans, Warburg, Bierig e altri risulta che le vitamine (analogamente ai raggi attinici, raggi X, proteinoterapia, ecc.) agiscono sul potenziale di riduzione, oppure (la vitamina B_2) costituiscono essi stessi un sistema riducente.

Sono dunque le modificazioni del potenziale di riduzione che influenzano il chimismo organico e lo alterano; e quando possiamo dominarle, come nel caso della vitaminoterapia, siamo in grado di ristabilire l'andamento fisiologico dei processi vitali.

(Secondo l'A. l'abbassamento *locale* del potenziale di riduzione costituisce la base di alcune malattie come p. es. il carcinoma e la tubercolosi. I noduli di quest'ultima, a differenza del tessuto circostante, vengono colorati da un indicatore del potenziale-riduttore, cioè dal bleu di metilene, il che dimostrerebbe l'abbassamento locale di questo potenziale. Chi sa se proseguendo questo studi non si riesca a penetrare più profondamente nella patogenesi tubercolare?).

L'A. stesso riconosce che per ora il problema non può considerarsi risolto; comunque sembra sicuro che le malattie da carenza non dipendono solo da mancanza di un solo fattore. Vi sarebbe un nuovo campo di studio ancora poco scrutato, lo studio del quale supererebbe le forze di uno singolo. Per ora le nuove possibilità vengono solo indicate. S. MINZ.

La polineurite consecutiva all'uso terapeutico del fosfato di creosoto.

(ROGER-RECORDIER. *Gazette des hôpitaux*, 17 maggio 1933, n. 39).

Son conosciuti (dal 1894, epoca della scoperta del fosfato di creosoto) finora una sessantina di casi di polineurite consecutivi all'uso della sostanza in questione. Gli AA. aggiungono ora cinque casi personali, tutti sofferenti di malattie polmonari ed aventi fatto largo uso di perle di fosfato di creosoto. Esaminando le descrizioni cliniche degli AA. si ritrova che in quasi tutti, il medicamento è stato introdotto per via ipodermica: ma anche l'introduzione per via orale può essere nociva. Non sono necessarie grandi dosi: 15-16 iniezioni bastano nel caso de Loewenfeld, dodici in un caso di Barré sedici nei casi di Raffali, venti in uno dei casi dell'A. Esiste predilezione pel sesso femminile ed in genere per i tubercolosi. Trascorre sempre un mese e mezzo, due mesi, fra l'inizio del trattamento e la comparsa dei disturbi nervosi.

Quasi tutte le osservazioni, dal punto di vista clinico, si rassomigliano: i disturbi sono in predominanza motori. L'inizio avviene con disturbi sensitivi, sempre meno intensi che in altre polineuriti, e ad ogni modo rapidamente regredienti. Sono formicolii ai piedi, crampi ai polpacci, criestesie, eccezionalmente dolori folgoranti alla pianta dei piedi, alle dita, precedono di qualche giorno, talora, di qualche ora, le paralisi. Una settimana dopo la lesione degli arti inferiori, sono colpiti gli arti superiori: parestesie, disturbi nei fini movimenti delle mani, di rado tremori delle mani e sudori circoscritti. Due settimane dopo l'inizio, il quadro è completo. Paresi o paralisi degli arti inferiori; mentre i riflessi achillei sono aboliti, i riflessi rotulei sono conservati, qualche volta diminuiti, spesso vivi; il peroneo femorale è conservato. In questo momento in genere la sensibilità è poco colpita. La sensibilità superficiale è intatta o quasi: la pressione delle masse muscolari più che dolore provoca una molesta sensazione. In talune osservazioni però i disturbi sensitivi sono stati più imponenti. Gli arti superiori sono meno colpiti degli inferiori. Qui l'atrofia muscolare non è marcata; non vi sono disturbi sfinterici, i nervi del volto sono indenni, però sembra si mostri sensibile alla intossicazione il vestibolare. Nulla a carico dell'intelligenza, lo stato generale è buono, non vi è febbre. Il liquido cefalo rachidiano, allorchè è stato esaminato è stato trovato normale. L'esame elettrico mostra una ipoeccitabilità con lentezza della scossa nei territori lesi poco e R. D. nei muscoli estensori e flessori dei piedi che sono i più colpiti. La polineurite fosfato-creosotica è una polineurite, chiropodale, con predominanza abituale netta dei disturbi motori che talora sono i soli in causa. I disturbi durano lungamente, il miglioramento è lento, la guarigione si ha in 18-24 mesi ed anche più.

La patogenesi di queste polineuriti è restata per molto tempo oscura, considerando molti AA. il fosfato di creosoto inoffensivo, e pernicioso l'arsenico contemporaneamente usato, la cui eliminazione verrebbe ritardata dal creosoto. Ma la polineurite arsenicale è ben differente: abbenchè colpisca le estremità si distingue per i suoi disturbi disestesici. Altri hanno supposto una natura tubercolare, dato

il terreno in cui si usa il creosoto. Ma le polineuriti tubercolari sono rare, anzi contestate, e per talune è stata dimostrata l'origine alcoolica. Un'azione tossica del fosfato di creosoto è da ammettere tenendo presenti le polineuriti insorte in chi non era tubercoloso, ma bronchitico semplice. Il fosfato di creosoto ha dunque un'azione tossica: nè l'acido fosforico nè il creosoto presi separatamente sono tossici, nè sono capaci di suscitare polineuriti. È a supporre che alcuni fosfati di creosoto contengono sostanze tossiche. Ora bisogna ricordare l'epidemia di polineuriti del 1930 (16.000) negli Stati Uniti, polineuriti clinicamente identiche a quelle da fosfato di creosoto e dovute ad assorbimento di estratti di ginepro, consumato dagli americani, quale bevanda, in tempo di regime secco.

L'estratto di ginepro non è nocivo, ma un lotto importante era stato falsificato, e dai composti era stato isolato un composto neurotossico, fosfato di triorto cresile. Dal 1931 in diversi paesi dell'Europa sono stati segnalati in seguito ad assorbimento di apiolo numerosi casi di polineurite, simili in tutto alle polineuriti da fosfato di creosoto e di ginepro. Non avendo mai l'apiolo dato fenomeni polineuritici, di per sè, si è pensato che l'elemento tossico fosse una impurità: le analisi compiute in diversi campioni di medicamento hanno rivelato sempre il fosfato di triortocresolo. Il fosfato di creosoto è un corpo complesso nella cui costituzione il fosfato triortocresolico od etere sale triortocresilfosforico entra pel 15 %, cifra certamente sorpassata da taluni fabbricanti. Non vi è più dubbio oggi che questo etere sia il solo responsabile della neurotossicità del fosfato di creosoto: come coadiuvanti possono entrare in qualche caso la tubercolosi, in altri l'alcool, una insufficienza epatica, ecc., e concludere che le polineuriti si caratterizzano non soltanto per la loro polilocalizzazione ma spesso per la loro polietiologia. MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI

HENRI LORIN. *Manuel de Clinique chirurgicale journalière.* (Pathologie générale appliquée. Examen clinique; indication thérapeutique). G. Doin & C., Paris. Prezzo Fr. 115.

L'A. svolge argomenti di patologia e clinica generale chirurgica trattando dell'organismo in genere, delle infezioni e malformazioni. Di poi si occupa della etiologia del cancro. Successivamente tratta l'infezione tubercolare sotto il punto di vista chirurgico con particolare riguardo alle infezioni gangliari e sierose. Svolgendo il capitolo dei disturbi vascolari, si occupa delle gangrene spontanee e degli esami clinici degli aneurismi. Illustra le malattie delle ossa e delle articolazioni e accenna ai traumi in genere.

Nella seconda parte svolge capitoli di clinica chirurgica regionale. Infatti si occupa delle malattie della testa, del collo, del rachide, del petto e del seno, della parete addominale, dello stomaco, dell'intestino, del peritoneo, del fegato, delle vie biliari, del pancreas.

Succintamente si occupa delle malattie degli organi genitali nonchè del bacino e degli arti.

In bellissima edizione tipografica in-8° il volume di 650 pagine circa è intercalato di parecchie figure. JURA.

G. DELATER. *Les maladies des veines. Leur traitement.* Vol. in-8° di pagg. 370. Masson & C., 1932, Paris. Fr. 45.

Lo studio della circolazione venosa attira sempre più la curiosità dei ricercatori e questo libro rappresenta una messa a punto completa delle nostre conoscenze patogenetiche e terapeutiche attuali.

Con richiami anatomici l'A. stabilisce infatti dapprima dei dati di fisiologia venosa in generale e più particolarmente di quella degli arti inferiori. Tratta quindi dei disordini funzionali della circolazione di ritorno (varici, varicocele, emorroidi) soffermandosi sulla fisiologia patologica e sulle alterazioni anatomiche ch'essi provocano, descrivendo anche, quando lo crede necessario, il corteo sintomatico nelle differenti tappe e le loro complicazioni.

La terza parte del libro è destinata invece tutta alla patologia venosa ed alle sue sequele, mentre nella 4ª e nella 5ª l'A. passa in rassegna le cure generali e locali dei disordini funzionali prima e delle malattie infiammatorie poi. La parte chirurgica, costituente un tutto omogeneo spetta al dott. Sauvé, chirurgo degli Ospedali di Parigi. A. POZZI.

H. WILDEGANS. *Die Bluttransfusion in Theorie und Praxis*, vol. di pag. 157, con 36 fig. Edit. I. Spinger, Berlino, 1933.

Questo volume, in elegante veste tipografica, arricchisce la letteratura già abbondante e recente sulla trasfusione di sangue e sarà bene accolto perchè ha il merito di aggiornare e raccogliere una serie di lavori pubblicati in riviste di vari paesi negli ultimi anni che ci hanno fatto vedere quali e quanti problemi sieno connessi a una pratica oggi già così diffusa.

Gli studi sulla emoagglutinazione e sull'emolisi hanno fatto sorgere una serie di interrogativi che il semplicismo dei quattro gruppi non spiega. E che dire delle indicazioni, dei risultati, delle dosi, della vitalità dei globuli rossi, ecc.?

A queste questioni e a molte altre ancora l'A. risponde con una esposizione accurata di dati, con una discussione precisa e cerca di chiarire i punti oscuri mostrando ciò che ancora vi è di confuso, di non interpretato.

Nella prima parte del volume il lettore troverà la esposizione di numerose tecniche della trasfusione; forse di più in questa parte risalta la mancanza quasi assoluta di accenni a lavori italiani, non pochi e importanti nell'argomento. P. VALDONI.

I CONGRESSI DI MEDICINA E CHIRURGIA.

XL Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Pavia, 18-21 ottobre 1933.)

(Continuazione e fine; v. numero precedente).

Seduta ant. - 19 ott.

Presidenza: Prof. G. Fichera.

Comunicazioni inerenti alla Relazione.

Il drenaggio delle vie biliari.

N. Bedarida (Vasto). — Descrive un caso di cisti da echinococco a sede unica e primitiva nella cistifellea, trattato con il drenaggio.

O. Margarucci (Roma). — In casi di ostruzione del coledoco ha avuto buoni risultati con il drenaggio esterno dell'epatico: l'intervento è rapido e semplice e sopportato da pazienti anche in gravi condizioni. Anche nelle pancreatiti croniche ha avuto buoni risultati col drenaggio temporaneo dell'epatico-coledoco. Non è d'accordo sulla opportunità di far penetrare una branca del tubo di Kehr nel duodeno in quanto ciò può portare al reflusso gastro-duodenale attraverso il tubo.

R. Alessandri (Roma). — Tranne i casi più gravi o in cui esistono speciali condizioni locali e aderenze esterne, preferisce alla colecistostomia la colecistectomia e il drenaggio alla Kehr. Ma la persistenza di fistole è spesso lunga e il depauperamento dell'organismo e le conseguenze della perdita della bile sono in genere gravi, sì da obbligare a operazioni secondarie assai difficili per la chiusura delle fistole.

Il far passare la branca corta del tubo di Kehr nel duodeno è difficile; ha avuto difficoltà spesso a superare la papilla anche col Duval che ha punta metallica; d'altro lato non conviene forzare perchè si possono determinare lacerazioni o compressione ed ostacolo al deflusso del dotto di Wirsung. Se il tubo passa facilmente, l'introduzione è inutile perchè la bile non trova difficoltà al passaggio.

L'O. ha proposto fin dal 1899 la coledocoduodenostomia. Può assicurare che non è una operazione difficile. È necessario che ci sia il coledoco dilatato, non molto dilatato; se si trova questo ed è il caso frequente nelle angiocoliti, nelle occlusioni, nelle calcolosi, è questa certamente l'operazione preferibile. Nelle occlusioni neoplastiche della testa del pancreas o della papilla preferisce la colecistogastrostomia. Ma la coledocoduodenostomia è ottima anche nelle angiocoliti e anche nella calcolosi anzi specialmente in questa quando vi siano calcoli e sabbia nel coledoco. È la natura che insegna la via: i calcoli eliminati spontaneamente sono quasi sempre emessi attraverso una comunicazione stabilitasi fra le vie biliari e l'intestino, per lo più fra coledoco e duodeno. Specialmente se vi è sabbia nel coledoco difficilmente si può riuscire ad asportarla completamente; inciso il coledoco, estratti i calcoli si esegue la anastomosi. Crede sia questa un'operazione di scelta anche nei casi di ittero epatogeno o nella dilatazione cosidetta cistica del coledoco. Il pericolo del riflusso è stato esagerato; nei suoi casi non ha mai osservato inconvenienti.

Può assicurare che non è operazione difficile purchè vi sieno le condizioni volute che consistono in una dilatazione anche modica del coledoco e in una mobilità relativa del duodeno e sopratutto si possa ben preparare il legamento epato-duodenale. Pensa che l'operazione dovrebbe incontrare una maggiore diffusione.

M. Donati (Milano). — Fa osservare che se è vero che il drenaggio medico non rappresenti un vero drenaggio in quanto agisce aumentando la tensione, resta il fatto che la detensione consegue a questa fase. Non si potrebbe altrimenti comprendere la risoluzione di un ittero o di una stasi colecistica. Questo tipo di drenaggio è importante non solo perchè scarica la bile settica ma anche perchè si riesce a rompere il circolo epato-enterico portando la bile all'esterno. La sonda va lasciata in sito almeno 3-4 ore.

Ritiene la colecistostomia una operazione di necessità e di ripiego e che non può essere messa a confronto con la colecistectomia.

Anche nell'uomo le fistole biliari totali prolungate possono essere ricche di inconvenienti e occorre provvedere al ripristino del deflusso biliare. Nella pancreatite cronica di lunga data sopratutto se associata a ritenzione biliare preferisce un drenaggio interno. Preferisce la colecistogastrostomia perchè dà i migliori risultati come lo conferma una serie di casi clinici operati da anni.

Quando è indicato il drenaggio con tubo di Kehr, generalmente non trova indicazioni a passare attraverso la papilla la branca corta. Crede la coledoco-duodenostomia indicata in casi di calcoli multipli dei dotti biliari, in casi in cui si possa dubitare della persistente dilatazione sufficente della papilla o se si accerta un certo grado di stenosi della papilla stessa. È probabile che questa operazione risolva il problema nei casi in cui si possa supporre che qualche calcolo possa essere rimasto nelle vie biliari intraepatiche.

L. Cappelli (Ancona). — Nelle pancreatiti croniche dà la preferenza alla colecistostomia. Accenna ad un caso in cui ha dovuto ripetere la colecistostomia finchè ha potuto ottenere la guarigione con una coledoco-duodenostomia associata alla colecistectomia.

G. Masnata (Stradella). — Ha ottenuto ottimi risultati dalla colecistostomia in casi di colecistite calcolosa e calcolosi del coledoco in pazienti in gravi condizioni. In un caso di calcolosi del coledoco trattato con il drenaggio con tubo di gomma, estratto questo ha avuto la fuoriuscita di numerosi calcoli.

G. Baggio (Cagliari). — Si chiede come si possa spiegare che la bile dell'epatico penetri nella cistifellea mentre in questa esiste una pressione maggiore. Pensa che si debba invocare una dilatazione attiva della parete della cistifellea cui si associ contemporaneamente la chiusura dello sfintere di Oddi. Ciò spiegherebbe la dilatazione del coledoco dopo colecistectomia, ecc. e giustificherebbe, dal punto di vista chirurgico l'anastomosi con lo stomaco.

Seduta pomerid. - 19 ott.

Presidenza: Prof. FICHERA.

Comunicazioni varie.

V. DE GIRONCOLI (Conegliano). — *Sull'anestesia con l'Evipan-sodico.* — L'O. comunica le sue esperienze con l'anestesia endovenosa all'Evipan-sodico. Descrive la tecnica e il dosaggio delle narcosi e le manifestazioni che si accompagnano alla fase di inizio, di tolleranza e di risveglio della narcosi. In 108 casi ebbe 92 ottime anestesie, 8 medie e 8 del tutto insufficenti. Fa la critica dei casi negativi che sembrano dovuti più ad errore di tecnica che ad insufficienza del mezzo anestetico.

L. DI NATALE (Milano). — *L'anestesia con l'Evipan.* — L'Evipan deve essere considerato come il narcotico ideale negli interventi di breve durata e nelle piccole chirurgie d'urgenza. Può essere adoperato anche come narcotico di base nelle operazioni di lunga durata ed in questo caso l'anestetico di aggiunta dovrà essere somministrato non oltre il 15° minuto.

L'anestesia completa per interventi laboriosi e di lunga durata si può ottenere con la somministrazione di piccole dosi ripetute a distanza variabile di tempo. L'effetto del narcotico è rapido e la narcosi tranquilla è sicura. Il prodotto è perfettamente tollerato e adoperato nelle dosi adeguate, non è pericoloso nè dannoso.

Il risveglio è graduale e quasi sempre tranquillo; l'ammalato non serba alcun ricordo dell'atto operativo.

P. VALDONI (Roma). — *Contributo alla resezione dell'esofago toracico.* — L'O. riferisce di un caso di epitelioma dell'esofago toracico trattato con la resezione dell'esofago. In un primo tempo venne eseguita una digiunostomia, in un secondo tempo resecata la VI, VII e VIII costola per via paravertebrale destra, fu scollata la pleura destra e isolato l'esofago toracico. Nel cavo preparato fu introdotto un piombaggio di paraffina e la ferita chiusa per prima. Dopo 15 giorni, aperta la ferita ed estratto il piombaggio fu trovato un cavo granulante e si procedette alla sezione dell'esofago sopra e sotto il tumore. La ferita venne parzialmente chiusa. Il malato decedette in XII giornata senza che si fosse osservata nessuna complicazione a carico del mediastino.

R. ALESSANDRI (Roma). — L'O. crede questo processo operativo, che egli ha consigliato adoperare nella sua clinica, meriti la considerazione dei colleghi, poichè purtroppo i casi di cancro dell'esofago sono nella massima parte al di fuori delle possibilità chirurgiche e qualunque tentativo, anche se coronato da successo in pochi casi, è giustificato.

L'idea del piombaggio gli è venuta, oltre che dall'uso per altre indicazioni, da un caso che ha veduto l'anno scorso nella clinica di v. Haberer a Colonia, in cui in un primo tempo isolato l'esofago si era così riusciti a trasformare in un cavo granulante lo spazio mediastinico, senza quindi più pericolo di infiltrazioni, e in cui la resezione del tratto di esofago sede del neoplasma, seguita da semplice chiusura parziale delle parti molli permetteva già in gran parte al liquido introdotto per bocca di traversare il cavo granulante e scendere per il segmento esofageo inferiore nello stomaco.

Occorre naturalmente che la sede del cancro sia sopra il cardias e sotto l'arco aortico; non è certo la sede più frequente, ma in questi casi si può sperare di ottenere un successo di cui l'esperienza dirà il valore più o meno duraturo.

E. TICOZZI (Milano). — *Considerazioni sui risultati di interventi per ulcera gastrica e duodenale.* — In un triennio 77 malati di forme ulcerative gastro-duodenali furono così trattati: 54 con la G. E., 23 con la resezione secondo Polya-Bagozzi. Le guarigioni furono dell'85 % con la G. E. e del 95 % con la resezione. In base a tali risultati l'O. pur ritenendo più radicale la resezione agli effetti degli esiti lontani, non si dichiara contrario alla G. E. come metodo operatorio, sufficente specie nelle ulcere duodenali, più rapido e meno pericoloso.

L. DURANTE (Genova). — *Risultati e varianti tecniche nella sfinterectomia anteriore di Judd.* — L'O. illustra le direttive dottrinali che hanno ispirato la duodeno-sfinterectomia nei casi di ulcere dell'emisegmento anteriore del bulbo duodenale e del piloro. Riassume i risultati ottenuti in 28 casi che portano alla constatazione di una netta superiorità di questo intervento nei confronti di quelli di derivazione o di ectomia. Rileva che malgrado la rapida miglioria clinica dei malati, il controllo radiologico dimostra che nei primi tempi la sindrome motoria non viene modificata come non si modifica sensibilmente il tasso dell'acido cloridrico libero e combinato.

L'O. illustra infine una variante tecnica che facilita la ectomia del lembo duodeno-sfinterico.

D. TADDEI (Pisa). — Ritiene che l'operazione di Judd abbia indicazione anche nell'ulcera duodenale parapilorica anteriore perforata dove l'affondamento o la sutura o l'escissione dell'ulcera determini o faccia supporre che si possa determinare una stenosi del piloro senza bisogno di praticare una G. E. di necessità o di previdenza.

L. PIZZAGALLI (Milano). — Ha praticato l'op. di Judd in tre casi di ulcera perforata iuxtapilorica ottenendo un ottimo risultato chirurgico. I casi operati sono però ancora in studio particolarmente dal punto di vista radiologico. Si è osservato un aumento della peristalsi, ma si è pure osservata una deformazione del bulbo duodenale coll'aspetto di un diverticolo duodenale. Ciò porterebbe ad una limitazione di tale intervento; almeno ciò ha trattenuto l'O. di sostituire in modo sistematico tale intervento alla resezione gastroduodenale se possibile, o alla sutura associata a G. E. Certamente, tale formazione di un diverticolo duodenale ancora radiologicamente apprezzabile, crede non sia un elemento da trascurarsi.

R. ALESSANDRI (Roma). — Ha veduto nella sua recente gita negli Stati Uniti fare l'operazione dallo stesso Judd e da altri chirurghi della Mayo Clinic. È convinto che è una buona operazione se si trova un'ulcera o una cicatrice evidente nella parete anteriore del duodeno; talora ha veduto che l'operazione si fa quasi d'abitudine anche quando non vi è segno di ulcera; può certamente anche in questi casi giovare, combattendo il pilorospasmo, per quanto ciò si possa ottenere anche più facilmente colla semplice piloroplastica alla Heinecke-Mikulicz; ma se vi è un'ulcera posteriore o quando esiste un'ulcera peptica digiunale post-operatoria non crede possa portare a risultato soddisfacente.

Per la tecnica giustamente è stato osservato il pericolo di emorragia, poichè la regione è forte-

mente vascolarizzata. Judd opera senza enterostati, adoperando l'aspiratore, e fa un'emostasi molto accurata.

G. CAVINA (Firenze). — Ha praticato in alcuni casi l'operazione di Starr Judd e la ritiene semplice e razionale, benchè le sue indicazioni siano piuttosto limitate. Risultati immediati buoni. Fa qualche riserva su quelli lontani.

Riguardo alla tecnica, consiglia l'emostasi preventiva con sezione fra due allacciature dei vasi decorrenti lungo il bordo superiore ed inferiore del tubo piloro-duodenale (a. gastro-epiploica destra ed a. pilorica). La fuoriuscita del contenuto duodenale durante l'intervento può essere evitata, comprimendo la 2ª porzione duodenale con una lunghetta di garza spinta nell'addome.

CHIATELLINO (Padova). — A nome del prof. Fasiani comunica i risultati di oltre 60 emipilorectomie alla Judd praticate nella Clinica Chirurgica di Padova dal 1930 ad oggi

G. CAVINA (Firenze). — *Tecnica della resezione gastrica.* — L'O. descrive dettagliatamente la tecnica seguita nella resezione gastrica con anastomosi gastrodigiunale sec. Polya.

D. TADDEI (Pisa). — Sulla questione della resezione nell'ulcera duodenale, uno studio di un suo assistente (Moriconi) su qualche centinaio di casi personali, poichè i risultati a distanza sono eguali, se non migliori con la G. E., poichè non si ha a temere trasformazioni in cancro e secondo l'esperienza dell'O. non si hanno in numero maggiore ulcere peptiche, ritiene che nel massimo numero dei casi sia preferibile nelle ulcere duodenali la G. E. La mortalità è un po' minore della resezione che resta l'operazione di elezione nelle ulcere gastriche. Conferma ciò che del resto è ben noto che la mortalità negli operati gastrici dipende quasi esclusivamente da complicanze polmonari egualmente frequenti con ogni genere di anestesia.

L'O. ritiene che la resezione gastrica fatta con l'applicazione dello strumento di von Petz e con la gastroenterostomia verticale posteriore transmesocolica dalla grande alla piccola curva, parallela e vicina alla linea di sezione gastrica con ansa digiunale corta, con la tecnica già descritta ampiamente da Bufalini, porti a condizioni di posizione e di funzione dell'ansa digiunale buona come nella operazione di Finsterer e con ottimi risultati anche allo studio di controllo radiologico.

R. ALESSANDRI (Roma). — L'ulcera peptica postoperatoria è così rara dopo resezione da potersi ritenere complicazione solo della G. E.

L. CAPPELLI (Ancona). — Si attiene al metodo Péan-Billroth nei casi in cui questo processo è tecnicamente possibile, altrimenti ricorre al secondo metodo di Billroth. In alcuni casi di ulcera alta dello stomaco o di condizioni anatomiche sfavorevoli del duodeno, ha adattato un procedimento diverso dalla comune B. I; ha cioè iniziata la resezione immediatamente al disopra del piloro, ha scollata la mucosa sino a mettere bene in evidenza lo sfintere nella sua parte anteriore e ne ha resecato un tratto di cm. 1-1 ½. Completata poi la resezione gastrica è stata facile l'esecuzione dell'anastomosi dei due monconi gastrici. I risultati sinora si mantengono buoni. Si riserva di fare ulteriori osservazioni per constatare se tale modificazione meriti quella considerazione che gli è sembrata sinora buona nei casi di eccezione che egli ha operato.

C. LACCETTI (Napoli). — *Reintervento per via transgastrica nell'ulcera peptica del digiuno consecutiva a G. E.* — Con un largo taglio della parete anteriore dello stomaco, ha attirato la parete posteriore mettendo in piena evidenza il neostoma gastro-digiunale. Ha poi causticato l'ulcera colmando la breccia mediante sopragitto mucoso al catgut, ripetuto poi sulla superficie sierosa. Sutura della ferita praticata sulla parete anteriore gastrica e chiusura dell'addome, a strati, con drenaggio del peritoneo. Decorso postoperatorio soddisfacente, cessazione dei dolori.

G. POTOTSCHNIG (Vicenza). — Si dichiara favorevole alla cura radicale dell'ulcera peptica postoperatoria (27 casi personali con 2 insuccessi). In condizioni favorevoli si può ricorrere alla cura radicale anche nella ulcera peptica postoperatoria perforata in cavità libera. Presenta un caso del genere operato 15 giorni prima di resezione gastrica e resezione dell'ansa anastomotica 3 ore dopo l'avvenuta perforazione con pieno successo, e che viene ad aggiungersi ai 12 casi finora pubblicati nella letteratura mondiale.

G. M. ANTONIOLI (Torino). — *Modificazioni della flora microbica gastro-duodenale dopo interventi chirurgici sullo stomaco, sul duodeno e sulle vie biliari.* — Dopo interventi chirurgici si ha una accentuazione della flora gastrica e rispettivamente dopo la colecistectomia si ha una accentuazione della flora duodenale con presenza, non infrequente, del coli. Tali modificazioni devono restare presenti alla mente del chirurgo per guidarlo nel trattamento postoperatorio e nella prevenzione di alcune complicanze di tali operati.

A. CATTERINA (Genova). — *Gli errori più comuni nella esecuzione della operazione di Bassini.* — (Non è possibile riassumere la comunicazione per la quantità di dati anatomici e tecnici).

G. FILIPPINI (Milano). — *Torsione dell'omento.* — Mentre la resezione dell'omento all'altezza del peduncolo di torsione è la terapia esclusiva la detorsione è un grave errore per la esistenza precoce dell'embolia vasale e il pericolo di necrosi di larghe porzioni omentali.

Seduta ant. - 21 ott.

Presidente: Prof. G. FICHERA.

A. CHIARIELLO (Napoli). — *Contributo alla conoscenza della morte per occlusione intestinale.* — Allo scopo di confermare l'importanza della perdita dei succhi gastro-intestinali nella patogenesi della morte per occlusione intestinale, ha condotto 4 serie di esperienze: nella 1ª, dopo aver sezionato il digiuno ad una distanza varia dal Treitz, iniettava nel capo distale affiorato alla pelle, una sol. di NaCl all'1 %: otteneva così una sopravvivenza che in un caso è stata di 15 giorni. Nella 2ª serie alla soluzione salina è stata sostituita l'acqua distillata, ma la sopravvivenza è stata minima. Nella 3ª serie la somministrazione salina è stata eseguita per via endovenosa, ma la sopravvivenza se è stata abbastanza rilevante, non è stata così rilevante come nei casi della 1ª serie, in quanto che non ha mai superato i 15 giorni. Nella 4ª serie, la somministrazione di una soluzione di destrosio ha dato una sopravvivenza mi-

nima. Queste esperienze dimostrano che la causa della morte sta nella perdita delle secrezioni gastro-intestinali il che produrrebbe un aumento degli elementi azotati del sangue, espressione della disintegrazione delle sostanze proteiche e che la somministrazione di soluzioni saline attraverso una fistola intestinale riesce a procrastinare di molto l'esito fatale.

E. MONTANARI (Morciano). — *Appendicite e annessite destra.* — L'O. ricorda che è stata riscontrata abbastanza frequentemente la coincidenza di affezioni dell'appendice e dell'annesso destro: studia i rapporti di interdipendenza fra le due localizzazioni. Descrive dettagliatamente casi di associazione appendicitica e annessitica destra. Espone alcuni principî fondamentali attinenti la diagnosi, la patogenesi e la terapia.

R. CHIAROLANZA (Napoli). — *Sul trattamento delle fistole intestinali.* — Descrive la tecnica che segue nella cura chirurgica di alcune fistole intestinali e che consiste nell'apertura dell'addome lontano dall'orifizio fistoloso e nell'estrinsecazione, insieme con la parete addominale lasciata aderente alla fistola del groviglio di anse intestinali che fanno capo a quest'ultima. Provvede, a seconda del bisogno, a ristabilire la continuità intestinale resecando più o meno ampiamente e provvedendo come richiedono le circostanze.

Con questo metodo si ha sopratutto il vantaggio — a parte la maggiore garanzia di asepsi — di veder chiaro nella cavità addominale e di essere quindi in grado di applicare il trattamento più opportuno. Un altro vantaggio notevole consiste nel fatto che tutte le manovre chirurgiche vengono praticate fuori della cavità peritoneale.

V. BERNABEO (Parma). — *La epatosplenografia col Thorotrast in varie condizioni determinate sperimentalmente.* — Ha studiato le modificazioni radiologiche della epatosplenografia dopo colecistectomia, dopo legatura del coledoco, dell'arteria epatica, dell'arteria splenica, della vena splenica, del peduncolo splenico, della porta. In queste condizioni si notano interessanti variazioni del reperto epatosplenografico.

M. TITONE (Palermo). — *Pericolecistite e calcolosi biliare sperimentale.* — Ha riprodotto sperimentalmente la pericolecistite e ne ha studiato il rapporto con la calcolosi biliare. Nel coniglio la pericolecistite costituisce una condizione locale sufficiente per arrivare alla calcolosi, venendo a rappresentare uno dei modi, e certamente non l'unico, della litiasi biliare.

F. IOVINO (Napoli). — *Soppressione progressiva e totale del pancreas e diabete a proposito di recenti studi. (Ricerche sperimentali).* — Ripetendo nel cane le esperienze di Escudero ha osservato la sopravvivenza del tessuto insulare. Ciò conferma l'ipotesi di Diamare che considera il diabete una cachessia isolepriva anzichè pancreopriva.

G. PASQUALINO (Palermo). — *Il ceco rovesciato.* — Ragioni di anatomia patologica e di sintomatologia fanno ammettere la natura flogistica e non congenita del ceco rovesciato.

C. CAVINA (Bologna). — *La correzione chirurgica della macrognazia inferiore e della progenie di alto grado.* — L'O., dopo aver premesso che solo con mezzi cruenti è possibile correggere la macrognazia inferiore e la progenie di alto grado e che dei metodi chirurgici i soli utili sono le resezioni bilaterali nel corpo della mandibola di forma ed estensione differenti, e le osteotomie semplici in sedi varie (condili, rami) e con direzioni varie in rapporto ai singoli casi, eseguite per via endo- od extra-orale con tecnica e strumentarii diversi a seconda degli Autori, descrive cinque casi da lui operati.

L'O. espone la tecnica seguita: in 1 caso resezione bilaterale cuneiforme nel corpo della mandibola, in 4 casi osteotomie dei rami — in tutti per via endoorale — e illustra i risultati ottenuti — perfetti dal punto di vista estetico e funzionale — con numerose proiezioni riproducenti le fotografie degli operati, i radiogrammi della mandibola e i modelli in gesso delle arcate dentarie prima e dopo l'intervento chirurgico.

F. TROIANO (Foggia). — *Corpo estraneo dello sfenoide. Estrazione. Guarigione.* — L'O. riferisce di un caso molto interessante operato di estrazione di un grosso chiodo che con la parte ottusa era penetrato nell'orbita e fratturando l'ala dello sfenoide si era arrestato nella fossa temporale.

G. SELVAGGI (Parma). — *Il processo di guarigione delle fratture nella dieta alcalotica ed acidosica.* — Negli animali in acidosi si verificano alterazioni nella osteogenesi del callo di frattura consistenti in un ritardo di ossificazione. Esiste anche una minore quantità di sali di calcio che potrebbe essere spiegata sia con la diminuita elettività che acquistano le cellule in ambiente acido a fissare i sali di calcio, sia con una probabile decalcificazione generalizzata rilevabile dalla netta decalcificazione presentata radiograficamente dalla diafisi.

M. CATTANEO (Torino). — *Modificazioni istologiche della tiroide e delle paratiroidi dopo la legatura delle arterie tiroidee superiori e inferiori.* — L'O. proietta una serie di microfotografie di preparati istologici di tiroide e paratiroidi di cani nei quali ha prodotto mediante la legatura delle arterie tiroidee superiori e inferiori alterazioni istologiche consistenti in necrosi con desquamazione dell'epitelio follicolare, diminuzione del numero dei follicoli stessi per la progressiva scomparsa della colloide. Nelle paratiroidi, focolai di necrosi ischemica.

M. CATTANEO (Torino). — *Modificazioni istologiche della tiroide e delle paratiroidi dopo la simpatectomia chimica periarteriosa tiroidea.* — L'O. proietta una serie di microfotografie di preparati istologici di tiroide e paratiroidi di cani nei quali ha praticato la simpatectomia chimica periarteriosa delle arterie tiroidee superiori e inferiori seguendo il metodo Doppler-Cattaneo (tricresolfenolizzazione).

Istologicamente, ha potuto rilevare dopo tale intervento, alterazioni della tiroide consistenti in emorragie follicolari, chiarificazione della colloide, edema pericapillare. Nelle paratiroidi, ha notato fatti di vasodilatazione capillare con ipertrofia e iperplasia delle cellule fondamentali, aumento delle cellule oxifile, in modo tale da simulare un adenoma.

CHIATELLINO e RAVASINI (Padova). — *Osservazioni sulle manifestazioni elettriche dell'attività contrattile dell'uretere.* — Grazie all'introduzione di un catetere ureterale munito di due elettrodi nell'uretere, gli OO. hanno potuto studiare gli elettrogrammi in varie condizioni e prospettano la possibilità di un utile impiego nell'esame

della funzionalità ureterale della registrazione diretta delle sue correnti d'azione confermando e ampliando in parte quanto le ricerche precedenti avevano posto in luce.

C. GAMBERINI (Bologna). — *Sulla derivazione biliare interna.* — Nei casi di colemia da presunto ostacolo permanente del coledoco si deve intervenire anche in condizioni estreme del paziente. Il trattamento chirurgico sarà la derivazione biliare interna, quando le condizioni generali del malato o l'incertezza diagnostica non consiglino in primo tempo la sola colecistostomia e quando in seguito l'ostacolo non sia altrimenti sopprimibile.

Il metodo operativo di elezione è la colecistogastrostomia che per essere ben funzionante non deve permettere stasi nella colecisti.

M. TITONE (Palermo). — *Ricerche sperimentali sulle modificazioni del sangue e di alcuni organi nella derivazione completa della bile.* — Pone in evidenza che nella derivazione completa della bile subentra oligocitemia, oligocromemia, leucocitosi ecc. Dal punto di vista istologico, accanto a gravi alterazioni si nota una evidente emosiderosi a carico del fegato, della milza e delle linfoghiandole addominali.

M. BOGETTI (Torino). — *La calcemia negli interventi sulla ghiandola tiroide.* — Dopo interventi sulla tiroide senza legatura delle arterie, manca l'ipocalcemia. In alcuni casi di gozzo osservò una diminuzione transitoria, in quanto già al settimo giorno è di nuovo normale. Discute la patogenesi.

M. BOGETTI (Torino). — *La nostra esperienza sull'anestesia peridurale nella chirurgia delle vie biliari.* — L'applicazione è indicata nelle operazioni della metà alta dell'addome ed essenzialmente in quelle sulle vie biliari. Pur sopravvenendo lentamente è da preferire alle altre comunemente usate perchè i pericoli sono nulli. È particolarmente indicata in individui in condizioni generali scadenti. Con essa si evitano tutte le complicazioni postoperatorie e non si aumentano i disturbi funzionali degli organi addominali essendo nulla l'azione dell'anestetico a carico degli elementi parenchimatosi.

G. SERRA (Pavia). — *Esperienze di localizzazione elettiva di germi in organi diversi.* — È difficile di dare ad un germe proprietà localizzative specifiche, queste possono manifestarsi quando concorrano momenti sussidiari rappresentati da una particolare disposizione dell'organo ad accogliere il germe stesso. Si tratterebbe in sostanza di un tropismo primitivamente relativo.

C. CICERI e I. GABRIELLI (Venezia). — *Tentativi di cura del diabete mellito mediante alcoolizzazione degli splancnici. (Nota preventiva).* — Furono così trattati 5 pazienti, in 3 con risultati ottimi. Il periodo di controllo è di un mese dall'intervento.

P. EMILIANI e G. BAZZOCCHI (Forlì). — *Bloccaggio del sistema reticolo-endoteliale e callo osseo.* — Il bloccaggio determina un rallentamento nella evoluzione del callo osseo, è seguito dopo la frattura di un callo più esuberante. Per spiegare questa differenza pensano che il bloccaggio prima della frattura ostacoli l'afflusso e la funzione degli istiociti nel callo osseo, dopo la frattura trattenga questi elementi nel callo stesso.

F. BUONOMO LA ROSSA (Napoli). — *Sulla pretesa azione leucocitogena del cloruro di magnesio.* — Il sale provoca intensa migrazione in loco di leucociti.

S. MARINACCI (Chieti). — *Endoarterite obliterante.* — In un caso procedette prima alla resezione della femorale per 8 cm.; otto giorni dopo alla amputazione alla Gritti.

S. TENEFF (Torino). — *La funzionalità epatica in rapporto all'intervento ed all'anestesia nelle malattie chirurgiche in genere e nella colecistite in ispecie.* — Nel periodo postoperatorio ha constatato la comparsa di una lieve insufficienza epatica che non si può mettere in relazione solo col metodo di anestesia o solo colla gravità dell'intervento chirurgico. Il drenaggio chirurgico migliora la funzionalità nell'ittero da stasi; non dà risultati nella epatite cronica.

O. NUZZI (Napoli). — *Resezione intraorale del mascellare superiore per grossa epulide fibromatosa a sviluppo facciale ed antrale. (Guarigione ortomorfica).* — L'O. riferisce su di un caso di grosso tumore del mascellare, sospettato clinicamente per sarcoma, per cui, dato il suo grande sviluppo, giacchè aveva invaso l'antro e compenetrato la guancia, venne già dichiarato inoperabile. Accertamenti radiografici ed istologici deposero ulteriormente per un'epulide fibromatosa, talchè venne eseguita l'exeresi. Fu con successo ed ottimo risultato ortomorfico resecato il mascellare per via intra-orale, ed asportato con esso tutto il tumore. Vengono mostrate documentazioni fotografiche, radiografiche e microfotografiche.

S. SCANDURRA (Roma). — *Contributo casistico allo studio dei cisto-adeno-linfomi papilliferi primitivi.* — L'O., passati in rivista i casi descritti nella letteratura rileva come non tutti siano esenti da critiche. Alcuni si possono considerare sicuramente metastasi di tumori epiteliali maligni aventi sede in organi coi quali le linfoghiandole colpite hanno rapporti anatomici diretti.

Discusse le varie ipotesi patogenetiche, illustra un caso di sua osservazione.

S. SCANDURRA (Roma). — *La necrosi del grasso peripancreatico senza necrosi del pancreas.* — L'O. visti i casi di steatonecrosi peripancreatica senza necrosi del pancreas, ricorda che se il reperto anatomo-patologico spesso è tipico, la sintomatologia varia a seconda della forma.

Riporta un caso operato in Clinica. Dichiara che la patogenesi è ancora oscura e spiegata solo da teorie.

M. MONACO (Napoli). — *Osservazioni istopatologiche nel morbo di Buerger.* — Questa malattia, istopatologicamente presenta una varietà di reperti da caso a caso presentandosi ora una trombo angioite, ora un'endoangioite, ora l'una e l'altra contemporaneamente.

E. LEO (Soncino). — *Elefantiasi in sede rara.* — Riferisce di una elefantiasi del dorso succeduta a un trauma. Pensa a una grave e complessa disfunzione endocrina a carico della tiroide e dell'ipofisi e a un fattore predisponente rappresentato dal trauma.

S. DONATI (Pavia). — *Vagotonia e rigenerazione della mucosa gastrica.* — Dopo la vagotonia la rigenerazione della mucosa è ritardata, in ciò il

vago ha una azione opposta al simpatico che accelera il potere rigenerativo.

P. LIVRAGA (Pavia). — *Le ossificazioni in cicatrici post-operatorie. (Contributo etio-patogenetico).* — Ritiene che i fattori locali intesi nel senso di una latenza embriogenetica siano determinati nell'etiopatogenesi del fenomeno, pur non volendosi sui dati d'oggi, negare l'influsso di condizioni generali interessanti il metabolismo ionico-salino e le funzioni ormoniche.

G. ARAGONA (Messina). — *Su un caso di osteomielite vertebrale.* — Il decorso è stato particolarmente favorevole e la guarigione è stata ottenuta con l'apertura di un ascesso superficiale e l'applicazione di un corsetto gessato.

C. COLUCCI (Tivoli). — *L'uso delle soluzioni ipertoniche cloruro-sodiche per via endovenosa nelle peritoniti acute e negli ilei paralitici.* — In 15 casi di peritonite gravissime notò ottimi risultati con l'impiego di soluzione cloruro sodica per via endovenosa. I benefici effetti si rendono evidenti anche nel decorso delle malattie e nelle funzioni di vari organi.

L. PIZZAGALLI (Milano). — *Contributo clinico statistico all'occlusione intestinale da volvolo.* — L'O. ha osservato in un biennio nove casi di volvolo e cioè 4 del tenue, 1 del cieco, 3 del sigma con una percentuale, rispetto alle occlusioni intestinali dello stesso periodo, dell'11,9 %. Nella massima parte dei casi fu possibile la detorsione. Vengono discusse ampiamente le indagini operatorie.

M. COLOMBANO (Milano). — *Occlusione intestinale da ostruzione.* — Descrive due casi del tipo monoleptico, nel primo da calcolo biliare, nel secondo da un fecaloma.

M. CECONI (Milano). *La sindrome umorale nelle occlusioni intestinali.* — In 36 casi i risultati della terapia clorosodica furono assai incerti. L'O. discute le ragioni di questa varietà di risultati fra applicazione clinica e studio sperimentale.

A. SOSTEGNI (Milano). — *Occlusione intestinale da invaginazione.* — Riporta 17 casi di invaginazione intestinale di cui discute la etiopatogenesi e la terapia.

N. DELLA MANO (Milano). — *Su 342 casi di occlusione intestinale operati d'urgenza.* — La mortalità globale è del 42 %, il che indica la gravità di questa forma morbosa. (Non è possibile dare in succinto la ampia relazione).

E. POLACCO (Bolzano). — *Impalamento transaddomino-toracico.* — L'entrata del fittone di legno era nella regione epigastrica e l'uscita all'ottavo spazio intercostale sinistro. Fu eseguita la sutura del diaframma per via trans-toracica, la ricostruzione del mesocolon trasverso, drenato il cavo pleurico. Il malato è guarito completamente.

E. POLACCO (Bolzano). — *Pancreatite acuta con steatonecrosi da colelitiasi. Drenaggio biliare.* — Venne praticata una colecistostomia. Il malato è guarito completamente. In un primo tempo era stato operato per la pancreatite acuta con drenaggio della loggia pancreatica.

C. CICERI e G. SESTILI (Venezia). — *Effetti immediati e lontani sulla curva glicemica e sulla pressione arteriosa della enervazione monolaterale e bilaterale delle surrenali.* — Casi clinici. In un malato si ebbe un decisivo miglioramento della funzione glicoregolatrice, nulla sulla pressione arteriosa, in un secondo si notò un aumento di tolleranza per il glicosio alimentare; in questo (enervazione bilaterale) si ebbe anche una modificazione favorevole della pressione arteriosa. Nel terzo caso si ebbe una regressione delle condizioni favorevoli della pressione arteriosa e della glicoregolazione avuta in un primo tempo.

C. CICERI e S. GABRIELLI (Venezia). — *Effetti del blocco anestetico dello splancnico sulla curva glicemica e sulla pressione arteriosa in individui sani ed in diabetici.* — Nell'individuo normale si ha una caduta brusca della pressione arteriosa e modificazioni della glicoregolazione, nel diabetico la curva di glicoregolazione tende al normale. Il blocco anestetico dello splancnico induce le medesime modificazioni della pressione arteriosa e dell'equilibrio nel metabolismo degli idrati di carbonio che conseguono alla surrenalectomia ed alla enervazione monolaterale della surrenale.

E. FIORINI (Tregnago). — *Ulteriori ricerche sperimentali sull'azione dell'urina di gravide nel sangue di cavia.* — L'O. ha studiato il comportamento degli inclusi del sangue di cavia di sesso maschile, impubere, trattata con iniezioni di urina di donna gravida al VII e VIII mese, giungendo alla conclusione che anche nei maschi si verifica, in seguito a tale trattamento, la comparsa precoce e l'aumento degli inclusi che, in precedenti ricerche, si era osservato nelle cavie femmine. Nei maschi adulti l'urina di donna gravida provoca un aumento numerico e volumetrico degli inclusi.

E. FIORINI (Tregnago). — *Ulteriori ricerche sperimentali sull'azione degli estratti di organi.* — L'O. ha studiato l'azione degli estratti d'organo (polmone) eterologo in animali (conigli) sottoposti a prolungate e profonde narcosi eteree e cloroformiche giungendo alla conclusione che in tali condizioni gli animali dimostrano una molto più marcata sensibilità per le sostanze tossiche contenute negli estratti. Bastano, infatti, di tali sostanze, dosi dimezzate per ottenere gli stessi effetti che nei controlli.

* * *

Il prossimo Congresso si terrà a Roma nell'ottobre 1934. Il Comitato ordinatore del Congresso è formato dal prof. R. Alessandri, presidente, dai proff. G. Perez e O. Margarucci, consiglieri, dal prof. P. Valdoni, segretario. Temi di relazione saranno i seguenti: 1) Chirurgia del colon (esclusa l'appendice e i tumori); 2) Le bronchiettasie (in comune con la Società di Medicina Interna).

P. VALDONI.

XII° Congresso della Società Italiana di Urologia.

(Pavia, 21-22 ottobre 1933-XI).

Il 21 ottobre alle ore 9 si è inaugurato in Pavia il XII Congresso della Società Italiana di Urologia alla presenza delle Autorità. Sedeva al banco della Presidenza il Comitato Permanente al completo: proff. Ulisse Gardini, presidente; Ermanno Mingazzini e Silvio Colombino, vice-presidenti; Giuseppe d'Agata e Cesare Alesio, consiglieri; Alberto Oberholtzer, segretario; Riccardo Sabatucci, tesoriere; Cesare Taralli, vice-segretario.

Il PRESIDENTE nel suo discorso inaugurale ha ricordato le benemerenze di Enrico Bottini, precursore della cura endoscopica dell'ipertrofia prostatica ed ha annunciato la fondazione di un re-

parto urologico presso l'Ospedale di Novara e di due reparti presso gli Ospedali Riuniti di Roma, affidati ai primarî proff. Ermanno Mingazzini e Gustavo Raimoldi.

L'assemblea ha nominato soci onorari i proff. Coffey di Portland, Lowsley e Mac Carthy di New York, Phelip di Lione e Chabanier di Parigi.

Il tema di relazione per il Congresso che sarà tenuto in Roma nell'ottobre 1934, è: « Studio della funzionalità renale nei riguardi della chirurgia urinaria ».

Dopo aver scelto il tema di relazione per il Congresso del 1935 in sede da destinarsi « Frequenza della degenerazione cancerigna dell'ipertrofia prostatica », il PRESIDENTE ha dichiarato aperto il Congresso.

La cura transuretrale delle ostruzioni del collo vescicale.

Prof. A. L. BONANOME (Roma). — L'O. mette in rilievo l'importanza che oggi ha assunto l'argomento per opera specialmente di urologi americani tra l'entusiasmo di molti e le denegazioni di pochi.

È necessario che gli urologi italiani entrino anch'essi in campo portando il frutto della loro esperienza personale.

Passa in rassegna i primi strumenti e i metodi transuretrali, quando ancora non si avevano conoscenze esatte sull'anatomia patologica delle ostruzioni, soffermandosi sul contributo portato circa 60 anni fa dal Bottini, il quale realizzò genialmente uno strumento con l'applicazione della corrente galvanica. A differenza dei cruenti metodi precedenti egli provvedeva ad annullare, quasi, l'emorragia e ad ottenere profonde incisioni. Tale strumento, modificato in seguito da Freudenberg, Newmann, ecc. con l'aggiunta di un apparato visivo, trovò molto favore in Italia e all'estero, ove venne usato per larga scala ed in molti casi con risultato favorevole. Dopo il 1900 lo strumento del Wossidlo, quello di Luys in Francia ed il punch di Young in America ebbero poco seguito, quantunque il Luys con il suo forage praticato prima con cauteri elettro-galvanici, già vantasse buoni risultati. Ma un passo innanzi ragguardevole si ebbe con la introduzione nella chirurgia urinaria dell'alta frequenza, fatta da Beer nel 1910. Modificazioni vennero apportate al punch di Young da Caulk, Braasch, Bumpus. Così Luys costituì i cauteri galvanici per il forage con elettrodi ad alta frequenza, con la quale si otteneva la morte dei tessuti per coagulazione senza provocare emorragie. Heitz-Boyer in Francia si serviva di un suo speciale uretroscopio montato con un elettrodo da coagulazione. Per non lasciare *in sito* tessuto coagulato furono costruiti dei punch i quali resecavano il tessuto mortificato. In questi ultimi anni alle correnti, dette impropriamente coagulanti, si vanno sostituendo quelle taglienti cioè quelle generate da apparecchi a *radiotubo*, le quali, essendo ad onde persistenti, sono capaci di agire sotto l'acqua sezionando i tessuti, come agirebbe un tagliente, con la differenza che non si ha una superficie cruenta, ma emostatica, a meno che non s'incontrino vasi di un certo calibro. Numerosi sono gli strumenti in cui furono applicate queste correnti, Collings, Stern, Mac Carthy, Kirwin, Canny-Ryall, Foley, Lichtenberg, ecc. Lo strumento più in uso, e quello di cui si è servito l'O., è l'elettrotomo visualizzato di Mac Carthy con il suo radio Comprex. Dopo questa rapida esposizione storica l'O. tratta delle indicazioni e controindicazioni, della tecnica con il Mac Carthy, delle cure postoperatorie, delle complicazioni e dei risultati.

Porta un contributo personale di 25 casi curati dal 1921 ad oggi, dei quali 11 dal 1921 al 1926 e 14 dal 1926 ad oggi. Gli ultimi otto casi furono curati con l'elettrotomo del Mac Carthy ottenendo risultati superiori agli altri mezzi.

Dopo ciò formula le seguenti conclusioni:

1) Il trattamento endoscopico delle ostruzioni del collo vescicale per i progressi realizzati nello strumentario, va accolto con molta fiducia.

2) La elettrochirurgia ha dato un notevole impulso all'applicazione del metodo.

3) Bisogna proclamare fermamente che tale metodo non può allo stato attuale sostituire in modo completo le operazioni cruente.

4) Che il metodo, se vuole essere radicale, comporta quasi i medesimi pericoli ed in certi casi anche maggiori della prostatectomia o dell'escissione completa del collo.

5) Esso va applicato da coloro che hanno lunga esperienza nell'uso di strumenti endoscopici.

6) È necessaria una accurata scelta dei casi tenendo conto tanto delle condizioni locali che generali.

7) Non è esatto che debba essere applicato solo a pazienti che per le deficienti condizioni renali o cardiache non possono essere sottoposti ad un'operazione cruenta. Anzi bisogna diffidare molto di questi soggetti nei quali l'equilibrio instabile può rompersi facilmente.

8) La terapia endouretrale non deve essere applicata a scopo preventivo.

9) Il trattamento endoscopico, nella generalità dei casi, non va fatto ambulatoriamente nel proprio consultorio. Il paziente deve essere ospitalizzato sia per la sorveglianza necessaria sia per potere intervenire cruentemente qualora qualche sintomo inquietante lo richieda. Commette una grave colpa colui che non si attiene rigidamente a tale norma.

10) La preparazione del malato deve essere accurata come per le operazioni cruente.

11) In alcuni casi è buona norma praticare la cistotomia prima del trattamento endoscopico. Il metodo perde qualche cosa, ma ne acquista il malato. È consigliabile nei soggetti di età avanzata la vasotomia preventiva.

12) È norma prudenziale applicare il metodo in più sedute (2 o 3) se la necessità del caso lo richieda o no. In questa seconda evenienza si viene a saggiare la reazione locale e generale del paziente.

13) L'ospitalizzazione non deve essere eccessivamente breve.

14) È necessario procedere a distanza di tempo ai necessari controlli. Solo così si può dare un esatto giudizio sul valore del metodo.

La cura endoscopica dell'ipertrofia prostatica e delle affezioni del collo vescicale.

Prof. L. CAPORALE (Torino). — La relazione, preceduta da una presentazione del prof. Uffreduzzi, inizia con alcune considerazioni di indole generale sulle ostruzioni al deflusso dell'urina prodotte dalle malattie della prostata e del collo vescicale, le quali sono pericolose tanto per se stesse quanto per i disturbi secondari che apportano sulla vescica, sui reni e sul sangue. Il trattamento più usato in queste malattie è la prostatectomia totale la quale, pur avendo portato dei grandi giovamenti, non è applicabile in tutti i casi, specialmente in pazienti a condizioni generali molto scadute. In questi ultimi anni l'unione della cistoscopia alla diatermia ha aperto nuovi orizzonti al trattamento di tali affezioni, facendo

raggiungere ai metodi endoscopici un posto importantissimo nella terapia urologica.

Storia e metodi. — Dopo i primi tentativi di prostatectomia parziale che si fanno risalire a Fabricio d'Acquapendente, si passa all'exciseur di Mercier ed al kiotomo di Civiale per giungere infine al metodo di Bottini che costruì un cauterio prostatico tagliente per mezzo di un'ansa di platino che si arroventava al passaggio della corrente. Successivamente Freudenberg combinò un cistoscopio con l'incisore prostatico di Bottini. Si ebbe poi l'apparecchio di Goldschmidt ed il punch di Young munito di lama di acciaio tagliente; basandosi su questo principio Mac Carthy costruì un punch con movimento a pistola e Caulk un altro. Ricordiamo ancora il metodo della tunelizzazione di Luys col suo uretrocistoscopio ed i resectoscopi e elettrotomi di Kirwin, Stern, Foley, Davis e l'elettrocoagulazione con uretrocistoscopi ad elettrotomi visualizzati di Mac Carthy, Heitz-Boyer, Canny Ryall, Collings ed altri.

L'O. nel trattamento dei suoi malati ha usato l'uretrocistoscopio di Mac Carthy con elettrodi vari per barre interureteriche, il resectoscopio di Kirwin e l'elettrotomo di Mac Carthy; egli descrive minutamente la tecnica per l'uso di tali apparecchi.

Le correnti ed i generatori. — Hanno una grandissima importanza per la buona riuscita dell'operazione; i migliori apparecchi sono quelli a spinterometro Siemens (Termoflux) ed il « Comprex Radio Knife » di Mac Carthy; specialmente con il secondo si evitano le emorragie operatorie e postoperatorie.

Indicazioni e controindicazioni. — L'O., dall'esame di circa 600 casi tra i suoi e quelli a lui riferiti da urologi italiani e stranieri, è venuto alle seguenti conclusioni: oltre l'esame clinico, funzionale, cistoscopico e radiografico che permettono di rendersi conto della grandezza della prostata e del suo sviluppo endovescicale o endouretrale, l'età dei pazienti può servire per la indicazione clinica; su questo ultimo argomento però vi sono ancora delle discussioni, perchè, mentre alcuni Autori dicono che il metodo endoscopico deve usarsi solo nei casi di persone in età avanzata le quali non potrebbero sostenere una prostatectomia totale, altri tra cui Luys, Herbstx, ecc. sostengono che può usarsi anche nei giovani a patto che non vengano lesi i canali eiaculatori.

Le *indicazioni* sono: disectasie del collo vescicale, barre interureterali, carcinoma della prostata ostacolante il deflusso dell'urina (come palliativo) ipertrofia delle glandole subcervicali, modica ipertrofia dei lobi laterali a sviluppo intrauretrale, piccole ipertrofie della prostata, lobi mediani piccoli e medi, barre fibrose e valvole residuanti ad una prostatectomia, individui di età avanzata a funzionalità renale alterata, cardiopazienti, bronchitici cronici.

Come *controindicazioni* si hanno le stenosi uretrali con fatti infettivi della vescica e funzionalità renale molto alterata, ipertrofia voluminosa di tutti i lobi, ipertrofia modica dei lobi laterali a sviluppo endovescicale o endorettale (in questi casi si deve usare la prostatectomia per via ipogastrica o per via perineale) ipertrofia della prostata associata a fatti infettivi.

Trattamento preoperatorio. — Consiste in un accurato esame obbiettivo e funzionale del malato (azotemia, F. S. F.) e poi in un trattamento eguale a quello al quale si sottopongono i malati che debbono essere operati di prostatectomia totale (urotropina, anfotropina nei giorni precedenti, clisteri di antipirina e laudano il giorno prima dell'intervento).

L'*anestesia* è di grande importanza e si deve esattamente considerare caso per caso; l'O. ha usato anestesia epidurale (novocaina 1 % o pantesina), locale uretro-vescicale (stovaina), prostatica (metodo Boshamer); l'anestesia generale deve essere usata solo in casi speciali.

Trattamento postoperatorio. — È parte importante ed indispensabile per la buona riuscita dell'operazione. Subito dopo l'intervento applicazione di una grossa Nélaton e lavaggio caldo, poi lavaggi detersivi, urotropina o derivati. Il catetere si lascia da 24-48 ore fino al massimo di otto giorni. Se i dolori sono molto forti terapia sintomatica.

Complicazioni. — a) *Emorragia*: è la complicazione più pericolosa, può essere operatoria o postoperatoria, spesso è dovuta alla caduta dell'escara e si può evitare coagulando esattamente nel corso dell'intervento i vasi sanguigni. Come terapia: catetere a permanenza, coagulanti, lavaggi vescicali con soluzione borica calda, pallone di Pilcher. In casi gravissimi si deve intervenire chirurgicamente (cistotomia, prostatectomia, tamponamento della loggia prostatica); b) *Infezione*: è frequente poichè si opera su un terreno infetto o facilmente infettabile; però la coagulazione dei tessuti agisce come sterilizzante. Complicazioni eccezionali sono lo scoppio (un solo caso) o le perforazioni della vescica. La mortalità è bassissima e sugli operati del relatore quasi nulla.

Risultati. — L'O. da una statistica di 597 casi ha concluso che nei casi di disectasia del collo vescicale si hanno notevoli vantaggi sia sulle condizioni generali che sul residuo vescicale, nell'ipertrofia prostatica risultati buoni temporaneamente, i risultati lontani sono invece costanti solo in una percentuale non alta di casi. Circa la funzionalità renale si ha che l'iperazotemia postoperatoria è minima ed il ritorno a valori normali è rapido. Sconsiglia assolutamente di eseguire l'intervento ambulatoriamente e consiglia il ricovero in ospedale per 10-15 giorni.

L'O. conclude dicendo che « gli interventi endoscopici nelle affezioni del collo vescicale e della prostata debbono acquistare un posto importante nella pratica urologica » senza però giungere a dire con alcuni autori americani che col tempo la prostatectomia radicale finirà con lo scomparire.

La relazione dell'O. è completata dal riassunto di 38 storie cliniche di operati per via endoscopica e da una completa bibliografia.

Comunicazioni sul tema di relazione.

BLUM V. — *Cura endoscopica dell'ipertrofia prostatica e delle affezioni del collo vescicale.* — L'O. presenta un retrattore da lui ideato che facilita l'intervento di prostatectomia per via cistotomica perchè lo strumento è riunito ad un apparato di illuminazione e di lavaggio continuo.

HEITZ-BOYER. — *Cura endoscopica dell'ipertrofia prostatica e delle affezioni del collo vescicale.* — L'O. insiste da principio sull'importanza delle correnti da adoperare negli interventi endoscopici sulla prostata: esse debbono essere miste cioè taglienti e coagulanti per evitare emorragie ed infezioni. Le tecniche strumentali seguite per realizzare la distruzione endoscopica sono numerose ma si possono raggruppare in tre tipi: un primo tipo molto semplice agisce perforando con un elettrode comune, ed è usato per la distruzione del lobo medio peduncolato; un secondo agisce

come una ghigliottina ed è il punch di Young; un terzo agisce per « rabottages » successivi adoperando un'ansa metallica (molto efficace il resectoscope di Mac Carthy).

L'O. ha costruito un « resectoscope » molto pratico di cui illustra l'uso ed i vantaggi ed illustra poi i casi da lui trattati con questo metodo, alcuni dei quali risalgono anche a 10 anni e più.

Cassuto A. — *Nove anni di esperienza nella dieresi diatermica dell'ipertrofia prostatica per le vie naturali.* — L'O. espone l'esperienza di nove anni di pratica nella dieresi elettrica della ipertrofia della prostata.

Chiaudano C. — *Cura endoscopica della disectasia del collo vescicale.* — L'O. dice che, con le debite restrizioni, il trattamento endoscopico delle lesioni ostruenti del collo vescicale, deve entrare nella pratica urologica.

Lo strumentario non ha ancora raggiunto la perfezione desiderabile. (La diatermocoagulazione gli ha ben servito nei suoi casi).

Crede controindicato in modo assoluto l'intervento endoscopico:

1) quando la prostata è voluminosa;
2) quando vi è sospetto anche vago di trasformazione carcinomatosa dell'adenoma;
3) Nelle infezioni prostato-vescicali;
4) nei casi di uretra per una qualche causa insondabile.

Vi è poi una serie di controindicazioni relative per ostacoli sia locali che generali che possono essere rimossi.

L'intervento endoscopico è indicato nei casi seguenti:

1) sclerosi del collo;
2) barre interureterali;
3) piccoli adenomi a sviluppo endouretrale;
4) piccoli lobi medi.

Per le prostate di media grandezza crede che l'intervento debba essere la prostatectomia.

Hryntschak Thc. — *Cura endoscopica dell'ipertrofia prostatica e delle affezioni del collo vescicale.* — L'O. illustra 11 casi da lui operati per via transuretrale di affezioni del collo della vescica con buon risultato.

Ha adoperato lo strumento di Kirwin.

Micheli. — *Tipi di ostruzione del collo della vescica adatti alla resezione intrauretrale. Vantaggi del trattamento per mezzo del resectoscopio prostatico rotativo di Kirwin.* — L'O. riferisce sulla Comunicazione di Kirwin riportando le varie modalità di ostruzione al deflusso delle urine e i due resectoscopi (il primo ed il secondo), proiettando interessanti diapositive.

Luys G. — *Il perforamento della prostata per il trattamento endoscopico dell'ipertrofia prostatica.* — Il dott. Luys, di Parigi, che è stato il primo in Europa a praticare la resezione endoscopica della prostata sotto il controllo della vista e per le vie naturali, ci comunica i risultati delle sue esperienze che datano da 25 anni. Egli ha dato al metodo del perforamento della prostata, della quale è l'autore, una tecnica operatoria perfetta che gli permette, distruggendo, sotto la vista e con l'elettricità, di ristabilire il libero corso dell'urina.

Dopo aver mostrato con delle belle proiezioni i principali tipi di ostacoli che si incontrano nel corso dell'ipertrofia della prostata, descrive il suo procedimento operatorio con le precauzioni da prendere nel corso di questo intervento il quale si distingue soprattutto perchè si pratica a secco, nell'aria, e non nell'acqua; possedendo così un potere distruttivo molto più considerevole.

L'O. dà poi le indicazioni del perforamento che è formalmente indicato in tutti i casi di disurie causate da prostate piccole e mediane. Il pronostico è benigno e i risultati immediati e futuri perfetti. Su una statistica di 299 casi, egli ha osservato 80,4 % di eccellenti risultati e 19,6 % di risultati incompleti; gli altri non erano imputabili al perforamento e dovuti a cause estranee.

I risultati lontani durevoli di questo metodo gli sembrano aver conquistato il favore di tutti i chirurghi che l'hanno adoperato.

Lasio G. — *Il trattamento endoscopico dell'adenoma prostatico e della sclerosi del collo vescicale.* — L'O., in base a risultati personali, crede di dover concludere che il trattamento endoscopico dell'ipertrofia prostatica, per quanto perfezionato dei progressi dell'Endoscopia e dell'elettrotecnica è ancora ben lontano dal poter sostenere un paragone qualsiasi coi metodi radicali chirurgici.

La continua comparsa di nuovo strumentario ci dice che l'apparecchio perfetto non è ancora arrivato; mentre la pratica più che ventennale della prostatectomia ha stabilito che la bontà del risultato funzionale è consentita solo dall'adenoma ed è per contro sicuro che a questo risultato non si può arrivare coi metodi endoscopici.

Ritiene probabile che per la valutazione entusiastica ed ottimistica dei risultati da alcuni pubblicati si sia fatta una deplorevole confusione tra sintomatologia cronica ed acuta del prostatismo. La seconda è quella che certo meglio si presta ai successi da alcuni decantati, specie se è mancato un controllo scrupoloso post-curativo.

Solo una pratica molto lunga ci dirà con maggior sicurezza di oggi se, pur mantenendo a questi metodi il valore del trattamento palliativo, convenga dare loro la preferenza anzichè continuare con la semplice epicistotomia, quale noi pratichiamo oggi nei casi di impossibile cura radicale.

(*Continua*). A. Oberholtzer.

Congresso dell'insufficienza renale.

A conclusione del 26° viaggio di studi medici alle stazioni di cura delle Alpi, si è tenuto ad Evian questo Congresso nei giorni 18, 19 e 20 settembre 1933.

Il Congresso, organizzato dalla Società Medica di Evian-Cachat e dal direttore degli Stabilimenti termali di Evian-les-Bains, dott. Ballet, con larghezza e signorilità, ha avuto un grande successo: vi sono intervenuti più di ottocento congressisti, in grandissima maggioranza Francesi e con una discreta rappresentanza italiana.

Sono stati trattati numerosi argomenti.

Il prof. Lemierre, presidente del Congresso, nel discorso di apertura, ha posto soprattutto in evidenza la generosa e splendida ospitalità offerta dalla Società Anonima delle acque minerali di Evian-les Bains, sorgente e stazione termale che, nella Francia, è in prima linea. Ha rievocato le forze misteriose e i benefici che, dalle cure termali, fin dall'epoca della Grecia e di Roma, si ritraggono.

Ha ricordato come, dopo Bright, al quale spetta il merito di aver studiato per primo i disturbi provocati dall'insufficienza renale, una serie innumere di scienziati e di medici pratici ha chiarito il meccanismo intimo di tali disturbi, superando insormontabili difficoltà e giungendo a

stabilire le condizioni nelle quali si opera, allo stato normale e patologico, la escrezione dalle vie urinarie di alcuni corpi particolari, lo studio dei disturbi dell'eliminazione, le indicazioni terapeutiche più precise.

È soprattutto al grande Widal che si debbono gli studi sull'insufficienza renale, il cui merito principale è di aver fatto rivivere un processo di esame che era caduto in disuso: il dosaggio dell'urea sanguigna. Egli stabilì l'indice di ritenzione ureica che, ripreso e precisato da Ambard, ci ha valso la conoscenza della costante ureo-secretoria, così preziosa per diagnosticare le alterazioni anche più leggere della funzione renale.

Grazie ai perfezionamenti di tecnica odierni, è possibile oggi giungere alla conoscenza del complesso problema dell'insufficienza renale, fino a stabilire le indicazioni terapeutiche che specialmente si riferiscono al trattamento idrominerale.

Il LEMIERRE ha posto in evidenza che l'insieme delle memorie presentate dai relatori resterà come un monumento glorioso del Congresso. Ha espresso viva gratitudine ai membri del Comitato di Patronato e a tutti gli intervenuti; ha ringraziato ETIENNE BERNARD, segretario generale.

Le azotemie di origine extra-renale.

J. CASTAIGNE e J. CHAUMERLIAC. — Una nozione essenziale domina lo studio delle azotemie patologiche, cioè che esse sono dovute a una insufficienza organica o funzionale dei reni. A lato dei fatti di « azotemia limite » o di « iperazotemia » aventi una origine renale e di cui la patogenesi e la clinica sono ora ben conosciute, si son pubblicate in questi ultimi anni numerose osservazioni nelle quali l'urea del sangue fu trovata aumentata senza che se ne potesse incriminare una insufficienza dei reni. È perciò che tali casi hanno avuto l'appellativo di *azotemie extra renali*, al cui soggetto si riferisce la relazione presentata dagli AA. al Congresso.

Essi hanno discusso anzitutto la possibilità di realizzazione dell'azotemia extra-renale; quali siano le condizioni nelle quali può ammettersi clinicamente una azotemia di origine extra-renale, il meccanismo e la patogenesi di dette azotemie, l'etiologia e la fisiopatologia di esse, ed infine lo studio delle azotemie dal punto di vista terapeutico.

Gli OO. hanno dimostrato che lo studio della concentrazione massima di un soggetto permette di apprezzare l'integrità o le turbe della funzione renale; che la concentrazione ureica massima si stabilisce spontaneamente negli oligurici; che la eliminazione dell'urea con l'urina di un soggetto dato non si ha al massimo allorchè la concentrazione ureica massima è ottenuta nelle urine.

Secondo gli OO. la prova del bleu di metilene dev'essere praticata sistematicamente in ogni azotemico, e se noi constatiamo che l'eliminazione nelle prime 24 ore, è normale, noi pensiamo già che l'azotemia constatata è di origine extra-renale. Ci serviamo di questo vecchio metodo, che merita di conservare tutto l'antico favore, perchè esso ci dà la conoscenza della funzione dei reni in modo preciso, e sopratutto con un semplice periodo orario.

La prova di Vaquez e Cottet, con la prova della concentrazione e della densimetria delle urine frazionate è sistematicamente usata, e se essa ci mostra una impari-densità tipica, nei malati che eliminano il bleu di metilene, si è in diritto di concludere che l'azotemia constatata è di origine extra-renale.

Una nozione dell'azotemia extra-renale merita soprattutto di essere posta in evidenza e cioè nelle azotemie extra-renali *per aumento*: esse sono caratterizzate dal fatto che si accompagnano sempre ad una cattiva funzione dei reni che concentrano male l'urea e la eliminano male. D'altra parte la diuresi provocata e le terapie usate fanno diminuire l'eccesso di urea ma non lo fanno sparire completamente. L'azotemia per aumento è dovuta a cause molteplici: declorurazione in malati che eliminano bene il sale; insufficienza di bevande; insufficienza di diuresi dovuta ad una traspirazione esagerata o a medicamenti intempestivi che riducono la quantità dell'urina; accidenti di insufficienza cardiaca sopraggiunta alla nefrite; alimentazione troppo ricca in azoto; disintegrazione esagerata dei tessuti azotati. Gli OO. precisando la nozione delle azotemie per aumento ritengono che prima di applicare ad un qualsiasi caso di azotemia le regole classiche, si deve ricordare che il prognostico è basato sul dosaggio dell'urea sanguigna.

Gli OO. chiudono la loro relazione con un capitolo molto interessante sulla terapia delle azotemie di origine extra-renale, ricordando che qualunque ne sia la forma (pura, associata o per aumento) è essa sopratutto e avanti tutto la stimolazione della diuresi. Bisogna scovare la causa che domina la diminuzione della quantità delle urine al fine di usare un medicamento di ordine etiologico (tonici cardiaci, stimolanti epatici, riduzione dell'alimentazione azotata ecc.). Ma due medicazioni si pongono in primo piano nella terapia delle azotemie extra-renali: la cura della reclorurazione e la cura della diuresi.

La terapia idrica è certamente molto importante ma per ottenerne i risultati desiderati il medico deve prescriverla giudiziosamente al suo malato, indicando quale acqua egli deve bere, quanta deve prenderne e in quali precise condizioni.

Nella discussione il prof. ETIENNE (Nancy), rileva la concentrazione ureica del sangue nella febbre, ricordando che il rene in quelle condizioni lavora intensamente, e pertanto l'elevazione del tasso ureico del sangue è la prova di una causa extra-renale.

Saggio di una classificazione delle nefropatie basata sulla teoria della filtrazione-riassorbimento.

P. GOVAERTS (Bruxelles). — La nozione della funzione renale dal doppio meccanismo di filtrazione e riassorbimento è stata creata da Ludwig, modernizzata da Cushny ed ampliata da Rehberg: tale processo di filtrazione e di riassorbimento è presentemente ammesso dalla maggioranza dei fisiologi.

Applicando questa nozione alla patologia, si può tentare una classificazione delle nefropatie, tenendo conto dei seguenti postulati: 1) l'albumina orinaria ha un'origine sanguigna. La sua via di eliminazione è principalmente glomerulare; 2) la eliminazione dell'urea e della creatinina dipendono principalmente dalla integrità della circolazione glomerulare.

Pertanto la classificazione proposta delle nefropatie è la seguente:

1) Nefropatie caratterizzate dalla permeabilità glomerulare anormale con integrità della circolazione glomerulare (nefrosi, amiloidosi).

La lesione spiega l'albuminuria e la tendenza

agli edemi. L'eliminazione dell'urea e della creatinina resta soddisfacente.

2) Nefropatie infiammatorie (nefriti).

La permeabilità glomerulare è un poco accresciuta dalla infiammazione, ma oltre a ciò la circolazione glomerulare e la filtrazione sono ostacolate: ne risulta una tendenza alla ritenzione di urea e di creatinina.

3) Nefropatie di origine arteriosa (sclerosi renali primitive).

La lesione attacca primitivamente l'irrigazione dei glomeruli. La permeabilità resta normale, l'albuminuria può mancare completamente ma l'eliminazione con riduzione progressiva della filtrazione va verso l'uremia e l'ipertensione.

Cloropenia senza azotemia negli ascitici.

R. S. Mach, E. Mach e F. Siclounoff. — Gli OO. riferiscono le osservazioni di tre ascitici posti a regime senza sale, nei quali paracentesi ripetute e l'azione di diuretici mercuriali (Neptal) hanno creato uno stato persistente di cloropenia vera. Questa cloropenia risulta da una dispersione di cloro dalle paracentesi che non è stata compensata dall'apporto alimentare (bilancio clorurato negativo). Essa si traduce con un abbassamento parallelo di cloro plasmatico e di cloro globulare e con una ipercloruria assai pronunciata. La cloremia plasmatica si è abbassata fino a gr. 2,70 ‰ senza dare alcun disturbo dello stato generale, alcuna alterazione della funzione renale e senza ritenzione sul tasso ureico.

Tsakiris (Nizza). — Porta un contributo alla ipertensione e alla azotemia con i rimedi classici applicati severamente: salasso e dieta idrica (Evian-Cachat).

L'importanza meccanica del fegato nel passaggio organico dell'acqua.

Villaret, Justin-Besançon e Fauvert. — Trattando questo soggetto, che non sembrerebbe riferirsi all'oggetto di un Congresso consacrato all'insufficienza renale, gli OO. hanno voluto attirare l'attenzione sulla molteplicità dei fattori che portano a questa risultanza: la diuresi, e sugli errori di interpretazione che risulterebbero dalle prove della diuresi non tenendo conto che della esplorazione renale. Infatti bisogna distinguere tre principali tappe nella circolazione idrica dell'organismo:

1) l'assorbimento intestinale;
2) il passaggio epato-portale;
3) la eliminazione renale.

Le ricerche personali degli OO. hanno dato risultati che possono riassumersi nelle conclusioni seguenti:

1) il sistema epato-portale ha una importanza meccanica nel passaggio e nella ripartizione dell'acqua;

2) questo meccanismo è lungi dall'essere solamente passivo.

Esiste una contrattilità propria del tessuto epatico che facilita la circolazione sanguigna nel fegato; d'altra parte un meccanismo di chiusura delle vie efferenti sopra epatiche determina sotto alcune circostanze un blocco di una massa circolatoria importante nel territorio vascolare epatoportale.

Questo sbarramento epatico è soggetto all'azione combinata del simpatico e del vago, e, verosimilmente, ha un controllo del sistema nervoso centrale.

L'importanza fisiopatologica di tale sistema è sperimentalmente dimostrata nel corso di sovraccarichi circolatori e di chocs.

I disturbi di questo meccanismo di blocco possono avere un posto importante in un certo numero di stati patologici: in particolare nel corso di scompensi cardiaci e di disturbi della circolazione reflua, nelle asciti, nei disturbi idrici delle piressie e nel corso di chocs e di crisi. In conclusione l'esistenza di un sistema epatico di regolazione meccanica della circolazione dell'acqua è sperimentalmente dimostrata.

Opoterapia epatica e diuresi.

M. Perrin (Nancy). — L'opoterapia epatica esercita effetti diuretici non solamente nelle insufficienze epatiche ma anche in altri malati nei quali l'oliguria deriva da cause diverse. Nei cirrotici questo trattamento non è però da mettersi alla stessa altezza dei medicamenti diuretici classici nè con gli effetti che possono ottenersi dalle acque minerali come quelle di Evian e sorgenti analoghe; però merita di essere ricordata per i suoi effetti diuretici indiretti oppure come medicazione di rimpiazzo in alcuni malati cronici.

A seguito della comunicazione del prof. Perrin sull'azione diuretica dell'estratto epatico nelle affezioni del fegato e nell'insufficienza renale, Fauvert ricorda che il prof. Villaret preconizza da lungo tempo l'uso dell'estratto epatico concentrato per via parenterale nel trattamento delle insufficienze epatiche. Quanto però all'effetto diuretico egli solleva dei dubbi poichè il problema fisiologico non è affatto risolto nè definitivamente dimostrato.

Tsakiris (Nizza). — Parla sulla diuresi provocata dalle acque minerali, ritenendo la diuresi in funzione di congestione e di decongestione renale.

I. Bennet (Londra). — Studia le modificazioni del calcio sanguigno nell'insufficienza renale.

Considerando le conseguenze cliniche dell'ipocalcemia che sopravviene nei casi gravi dell'insufficienza renale, l'O. ritiene che almeno tre sintomi sono in rapporto con la diminuzione del calcio sanguigno dell'insufficienza renale:

1) i crampi muscolari intensi;
2) le scosse delle estremità negli stati uremici;
3) le convulsioni terminali dell'uremia.

Gli effetti più drammatici dell'ipocalcemia legata all'insufficienza renale si osservano nei bambini. L'O. mostra una serie di proiezioni molto interessanti. La patogenesi è però ancora oscura, per quanto si possa ritenere che vi sia collegata una nefrite infettiva.

Acidosi renale.

Rathery e Derot. — Il pH sanguigno è alcalino: 7,35, e fisso; il pH urinario è ordinariamente acido: 5,3 ma è assai variabile e può subire fluttuazioni. Questa semplice constatazione permette di stabilire che il rene ha una importanza capitale nell'equilibrio acido-basico degli umori.

Per interpretare le modificazioni dell'equilibrio acido-basico, è essenziale riferirsi al rapporto di Haldane: $\frac{\text{acido carbonico}}{\text{bicarbonato}}$. Le variazioni di questa formula permettono di stabilire quattro even-

tualità nel corso delle modificazioni dell'equilibrio acido-basico.

In patologia renale l'elevazione della riserva alcalina è rara, il suo abbassamento infinitamente più frequente ed è interpretato come una acidosi gassosa. Gli OO. espongono la teoria D'Ambard e sottolineano con le loro osservazioni personali che essa è troppo assoluta.

Dopo uno studio sperimentale dell'acidosi, gli OO. espongono la parte clinica, le cui conclusioni sono molto importanti: nella nefrite acuta si può constatare una caduta della riserva alcalina, e non vi è abitualmente rapporto fra essa e il tasso dell'azotemia; la caduta della riserva alcalina non ha necessariamente un significato prognostico grave, salvo se essa si abbassa al di sotto di 20.

Nelle nefriti croniche, modificazioni della riserva alcalina si osservano sopratutto in quelle senza edemi. Non vi è alcun rapporto tra lo stato del cloro plasmatico o globulare e quello della riserva alcalina.

L'acidosi delle nefriti è una sindrome che si riflette sull'organismo e si traduce sopratutto in un disturbo generale. Dal punto di vista terapeutico bisogna distinguere i casi acuti, nei quali bisogna guadagnar tempo per permettere alle lesioni renali di guarire, e la lotta contro l'acidosi è utile; mentre nei casi cronici i risultati ottenuti sono mediocri o inesistenti.

L'insufficienza renale in chirurgia.

LEGUEU e FEY. — Essa è caratterizzata: 1) dalla sua causa determinante, lo choc operatorio; 2) dal terreno abitualmente sano sul quale si produce.

Gli OO. hanno studiato successivamente le reazioni abituali dell'organismo sano allo choc operatorio al di fuori di ogni insufficienza renale; l'insufficienza renale producentesi su organismo sano in occasione di choc operatorio; l'insufficienza renale post-operatoria in soggetti con reni anteriormente tarati. Naturalmente la nozione della tara renale anteriore deve spingere ad una maggior prudenza e ad una sorveglianza più severa degli operati.

Le nefriti croniche puramente azotemiche.

LAROCHE (Parigi). — Pone in evidenza la nozione classica della coesistenza dell'ipertensione arteriosa con la nefrite cronica.

MERKLEN (Nancy) pone in evidenza che i casi di nefrite azotemica pura, analoghi a quelli esposti da Laroche, sono assai frequenti e si presentano in pratica sotto forme diverse. Questa forma di nefrite si mostra dottrinalmente assai importante, e secondo l'O. la sifilide e l'eredo-sifilide sembra che debbano essere poste in causa.

LAUBRY (Parigi) tiene a segnalare l'interesse della relazione Laroche e le osservazioni personali che l'hanno motivato.

Sulle ricerche recenti relative ai cloruri nelle nefriti.

MERKLEN (Strasburgo). — La questione del cloro nelle nefriti è all'ordine del giorno. Riveste oggi un doppio interesse pratico che si riassume in due parole di *declorurazione* e di *reclorurazione*. Il dettaglio ci obbligherebbe a rimontare ai lavori di Widal sui cloruri dell'orina dei brighitici, che, senza esagerazione, debbono essere considerati come i più potenti e i più fecondi giunti a noi per la conoscenza delle nefriti.

L'O. discute ampiamente e profondamente la questione per giungere alla conclusione che la reclorurazione o semplicemente clorurazione si applica alle nefriti acute e subacute e non alle nefriti croniche. Ciò si basa unicamente su due specie di fatti: mantenimento della permeabilità renale per i cloruri, resistenza di disturbi digestivi e particolarmente di vomiti. Si basa biologicamente sul tasso della riserva alcalina, si basa anche sullo stato del cloro globulare. Del resto la clorurazione dà risultati immediati, di cui la chirurgia ha profittato nel corso di occlusioni intestinali, di prostatectomie ecc.

RATHERY, a proposito della relazione del prof. Merklen pensa che il trattamento recloruranṭe non dev'essere esclusivamente riservato alle nefriti acute, ma anche in alcune nefriti croniche in cui il rene non sia eccessivamente malato.

ROCHE (Ginevra) riferisce sull'azione accessoria dell'insulina sul tasso ureico, ritenendola utile.

RATHERY pensa che l'influenza dell'insulina sull'urea sia estremamente rara, poichè può determinare, se mai, una esagerazione del glicogeno epatico.

Modificazioni fisico chimiche del sangue nell'insufficienza cardiaca.

MICHAUD (Losanna). — L'O. mette in luce le ripercussioni che può avere una debolezza di cuore sulla circolazione periferica e quindi le variazioni e modificazioni delle percentuali delle materie proteiche, le variazioni degli scambi tissuiari che si manifestano nella insufficienza cardiaca.

L'O. esamina le ripercussioni dei disquilibri acido basici sulla vasodilatazione e costrizione arteriosa e venosa; infine discute la ripercussione dei disturbi circolatori consecutivi a rallentamento circolatorio periferico sullo stato dei tessuti e sulla formazione degli edemi.

Valore dello studio dell'equilibrio protido-lipidico del sangue nel corso di nefropatie.

P. ABRAMI, sig.ra BERTRAND-FONTAINE e A. LICHTWITZ. — Lo studio sistematico della protidemia e della lipidemia fa parte integrante e quasi obbligatoria dell'esame di un soggetto malato di affezione renale. L'esistenza di questi disturbi di equilibrio prova che il processo che noi chiamiamo nefrite o nefrosi, e che noi crediamo localizzato ai reni, è un processo in realtà molto più generale che, nello stesso tempo che il rene, prende gli organi incaricati del metabolismo delle proteine e dei lipidi.

Il tema di discussione ha molto interessato il Congresso e una serie di autori ha preso la parola, poichè la realtà dei fatti non è discutibile.

Ipertensione arteriosa permanente e disturbi della funzione renale.

LAUBRY e WALSER. — Esistono numerose ipertensioni indipendenti da qualsiasi alterazione renale, tanto funzionale che anatomica; esistono numerosi malati renali senza ipertensioni; in un gran numero di ipertesi coincidono disturbi della funzione renale.

Influenza della impermeabilità renale sul metabolismo endogeno dei nefritici.

JEANBRAU e CRISTOL (Montpellier). — È nozione indiscutibile che l'impermeabilità renale provoca ripercussioni immediate sui diversi metabolismi, e tutti i tentativi terapeutici saranno vani se non diretti a migliorare l'impermeabilità renale stessa: la cura idrominerale di Evian è una delle terapie più efficaci.

CHABROL, CHARONNAT e COTTET studiano le relazioni del rene e del fegato in patologia, e in relazione al corollario terapeutico che considerazioni fisiologiche non ci pongono in disaccordo con la specializzazione moderna delle stazioni idrominerali.

OLIVIER, MEILLERE e ALBEAUX-FERNET (Parigi) espongono un interessante contributo dei rapporti dell'ipertensione arteriosa e dell'insufficienza renale in occasione di due casi di surrenalectomia.

LAUBRY (Parigi) fa alcune osservazioni e riserve sulla comunicazione di Olivier.

W. HOFFMAN (Chicago) espone le risultanze di uno studio sul metabolismo generale di edema nefrosico, facendo rilevare che i fattori che elevano la concentrazione del potassio nei globuli rossi possono elevare la concentrazione serica del sodio e in conseguenza aumentare l'escrezione del sodio con l'urina.

Le prove dell'eliminazione dell'acqua nell'insufficienza renale.

WALLERY-RADOT e LAFONTAINE (Parigi). — L'interessantissima relazione conclude ammettendo che la prova dell'acqua associata alla ricerca del potere di concentrazione, deve entrare nella pratica corrente. Essa non esplora solamente la eliminazione acquosa, ma dà dei riferimenti precisi sulla capacità funzionale globale del parenchima renale.

Completa le altre prove, ma non le rimpiazza. Senza di essa non si può affermare l'integrità fisiologica dei reni.

Il trattamento delle anurie da nefrite acuta infettiva o tossica.

SAVY, THIERS e PEYCELEN (Lione). — È attualmente impossibile giudicare del valore dei mezzi utilizzati nel trattamento delle anurie da nefrite acuta perchè è impossibile dare un prognostico indiscutibile sulla loro evoluzione; per seguire l'evoluzione di un'anuria è importante apprezzare il carattere progressivo dei segni clinici e dei segni chimici, di cui hanno un interesse pratico l'urea, la riserva alcalina e il cloro.

I mezzi terapeutici medicamentosi che sono sembrati i più efficaci ai relatori sono: le iniezioni endovenose di siero glucosato ipertonico, e la trasfusione del sangue non citrata, associata al salasso.

A proposito della relazione su citata han preso la parola i proff. RATHERY, SALIN e GIRAUD.

GIRAUD (Montpellier) trattiene l'uditorio sul trattamento idrominerale dell'insufficienza renale con una magnifica relazione che è felicitata dal presidente prof. LEMIERRE di Parigi.

GIRAUD si trattiene sopratutto sulle medicazioni crenoterapiche utili agli insufficienti renali, distinguendo le medicazioni dirette come sono le acque diuretiche (tipo Vittel e Evian) e le medicazioni indirette o associate.

Il prof. LEMIERRE nel suo discorso di chiusura, dopo aver felicitato tutti i relatori, che hanno portato un notevole contributo allo studio dell'insufficienza renale, ringrazia gli intervenuti.

Viene proposto e votato per acclamazione un voto di profonda riconoscenza per WIDAL e ACHARD, che hanno completamente rinnovato la patologia, la clinica e la terapia delle malattie renali.

P. POZZILLI.

ACCADEMIE E SOCIETÀ MEDICHE

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 29 luglio 1933-XI.

Presiede il Prof. S. BAGLIONI, presidente.

Ricerca dello spirocheta dell'ittero emorragico nei ratti di chiavica di Roma. (Contributo all'epidemiologia del morbo di Weil in Roma).

Dott. A. SPINELLI e F. MARCHESI. — Gli OO. allo scopo di richiamare meglio l'attenzione della classe medica sui numerosi casi di ittero acuto infettivo attualmente ripetutisi in Roma e dintorni, ed allo scopo di meglio precisare la natura spirochetica di questa forma giustamente sospettata come casi più o meno atipici di m. di Weil, hanno svolto sistematiche ricerche su ratti di chiavica (*Mus decumanus*), catturati in diverse parti della città e suburbio.

In 53 animali presi in esame, due volte è stato possibile giungere all'isolamento e alla identificazione della spirocheta itteroemorragica (Inada-Ido).

Gli OO. fanno altri rilievi e considerazioni aventi importanza nella epidemiologia e nella patogenesi delle forme infettive acute endemicamente presenti a Roma, e particolarmente frequenti nella estate tra le persone che prendono contatto coll'acqua del Tevere.

Il prof. VERNONI prega i colleghi clinici presenti di volere riferire sulla loro personale casistica circa l'ittero di Weil in Roma. Rileva che la sorgente infettante può essere ricercata anche al di fuori dei ratti delle chiaviche e precisamente negli spirocheti saprofiti delle acque melmose, i quali spirocheti possono — come è dimostrato da ricerche sperimentali — trasformarsi in forma patogena per la cavia e quindi, eventualmente, anche per l'uomo.

Il prof. ARCANGELI ha veduto molti casi di ittero infettivo o malattia di Weil; se i più erano in persone che si bagnavano nel fiume, altre ne ha vedute in lavandaie che lavoravano lontano dal Tevere. Sono note poi delle epidemie che difficilmente si spiegherebbero senza pensare all'origine idrica. In quanto alle cure ha usato il salvarsan, con risultati contradittori, buoni in alcuni casi, cattivi in altri.

Il prof. PONTANO ha osservato molti casi di ittero infettivo, che clinicamente avevano tutte le note di ittero spirochetico; in nessun caso la ricerca della causa, per mezzo della inoculazione di sangue e di urine nelle cavie, è stata positiva per l'infezione spirochetica. È utile, prima di affermare che non siamo dinanzi a casi di ittero da spirochete, ricercare ancora, con ogni mezzo, se la spirochete è in causa.

Partecipa all'importante discussione anche il prof. FICACCI. A tutti risponde il dott. A. SPINELLI.

Comportamento della pressione venulare nella cianosi delle estremità.

Prof. V. SERRA. — L'O. ricorda anzitutto l'importanza delle venule nella determinazione del colorito cutaneo, e quindi l'interesse che, in ogni mutamento di questo colorito, spetta a cotesta sezione del sistema vasale superficiale.

Riferisce brevemente sui metodi oggi in uso per la misura della pressione venulare e su quello usato personalmente (compressione della cute sino al primo mutamento di colore colla capsula del Kylin); i valori normali così ottenuti oscillano tra 8 e 10 cc. di acqua.

Dopo aver accennato alla estrema scarsezza di dati esistenti oggi nella letteratura medica su questo argomento (sono note soltanto le ricerche di Villaret e di Santori), riferisce di aver esaminato oltre 40 malati, in parte cardiopazienti, in parte acrocianotici ed in parte cianotici per stati di angioipotonia tossinfettiva o per causa meccanica.

Tutti questi soggetti sono considerati cianotici delle estremità, nel senso che la loro cianosi o è limitata alle estremità o è diffusa, insieme col resto del corpo, anche a queste.

Nei cardiopazienti prevalgono le pressioni venulari superiori alla norma, negli altri due gruppi quelle inferiori; tuttavia non si può stabilire un rapporto costante tra grado della ipertensione venulare e grado dell'iposistolia, evidentemente perchè lo stato della replezione venosa non basta a determinare una modificazione della pressione; questo fatto viene confermato anche dalla osservazione di un malato che, sebbene soffrisse da tempo di evidenti disturbi del circolo venoso, in seguito a compressione mediastinica, pure presentava una pressione venulare inferiore alla norma; onde l'O. si sente disposto ad annettere una importanza maggiore allo stato delle pareti venulari e precisamente al loro tono. In quanto all'acrocianosi, la presenza quasi costante di una pressione venulare inferiore alla norma sembra confermare le vedute di quegli Autori (Larvis) che ritengono essere l'acrocianosi in dipendenza di uno spasmo delle arteriole e non, come altri (Müller) vorrebbero, delle venule profonde, il cui spasmo mal si accorderebbe con lo stato di ipotensione trovato dall'O.

Il prof. ARCANGELI ringrazia il prof. Serra per il cortese ricordo della sua teoria della cianosi, teoria che ha il solo merito di essere stata formulata 35 anni or sono. Egli ha misurato la pressione venosa su cianotici per vizio congenito di cuore e l'ha trovata normale, segno che la cianosi non è da stasi, ma da dilatazione vasale periferica, la quale, secondo il suo avviso, è un compenso per permettere una maggiore respirazione cutanea nei malati che respirano male (cioè soffrono di ipoventilazione polmonare).

Risponde il prof. SERRA.

Prof. A. GALAMINI e E. SERIANNI. — *Sul rapporto tra l'azione dell'insulina e la funzione polmonare.*

Prof. A. CHIASSERINI. — *Misura della temperatura cutanea a mezzo del Dermotermo di Tyco.* (Lavoro pubblicato per intero nel fasc. 38).

Discussione: proff. VERNONI e BAGLIONI.

Contributo allo studio della colecistite calcolosa incrotasta.

Dott. G. SCOPPETTA. — L'O. comunica un caso di calcificazione della vescichetta biliare in una donna di 62 anni, senza nessun precedente patologico a carico del fegato e delle vie biliari. Una radiografia dell'apparato digerente, eseguita nella paziente per un laparocele consecutivo a laparotomia sotto-ombelicale, ha dimostrato un'ombra sottoepatica intensa e rotonda, come se si trattasse di una cisti idatidea calcificata.

La colecistectomia ha dimostrato una calcificazione totale della parete della vescichetta biliare, dura come una pietra, e nella cavità un liquido scuro, denso come mastice, e numerosi calcoli. Il condotto cistico pervio non comunica con la cavità chiusa della vescichetta calcificata.

Sulla chetosi diabetica.

Dott. C. TOSCANO. — L'O. richiama l'attenzione sulla necessità di istituire in tutti i diabetici uno studio della eliminazione urinaria dei chetoni, mettendo in evidenza come esista, in tutti i diabetici, uno stato di chetosi spesso non rivelabile con le reazioni qualitative, stato di chetosi che può rappresentare un segno prezioso della incipiente tendenza della malattia verso l'acidosi e che comunque merita di essere presa in considerazione per una razionale terapia.

Prende poi spunto dalla constatata presenza dell'iperchetosi in tutti i casi di diabete per negare la dottrina dualistica dell'acidosi diabetica.

Ricerche sperimentali sulla flogosi allergica della pleura e sulla possibilità di provocare manifestazioni controlaterali.

Dott. E. ANTONIAZZI. — Se si inietta ripetutamente siero eterologico nella pleura di un coniglio o se si fa l'iniezione scatenante nella pleura di un animale sensibilizzato per via peritoneale, si riesce in un certo numero di casi a suscitare una flogosi di tipo allergico a carico della pleura e delle porzioni corticali del polmone. La reazione varia da caso a caso, senza evidente rapporto con le modalità del trattamento e può andare dalla riproduzione di un tipico fenomeno di Arthus, ad una reazione istiocitaria-monocitaria nodulare o diffusa, alla formazione contemporanea di una tipica pleurite essudativa, ecc. Nei casi positivi alla flogosi del lato trattato fa riscontro quasi sempre nella pleura opposta la comparsa di nodi monocitari sottosierosi, cui non raramente si accompagnano reazioni analoghe a carico del mediastino e del pericardio: si ha allora il quadro di una polisierosite toracica a base della quale sta uno stato allergico delle sierose corrispondenti.

A spiegare tale diffusione di manifestazioni l'O. pensa ad un passaggio diretto di antigene da una sierosa all'altra, sia attraverso il mediastino, sia col tramite di vie linfatiche colleganti i due polmoni, pur non potendo escludere, come analoghe ricerche in altri territori avrebbero dimostrato, il concorso di una certa affinità acquisita dall'antigene stesso per i tessuti strutturalmente identici a quelli con i quali esso venne per primo a contatto.

I fatti constatati possono, secondo l'O., essere di aiuto alla interpretazione patogenetica di alcune forme di sierositi della patologia umana, ove infezione e stato allergico si contendono il campo nel determinismo delle manifestazioni.

Dott. F. ROCCHI. — *Contributo alla conoscenza dello stato dell'intestino nei portatori di ameba istolitica.*

Sull'atrofia secondaria del nervo ottico consecutiva a infezione carbonchiosa.

Dott. A. COLARIZI. — L'O. descrive due casi di carbonchio cutaneo delle palpebre, il cui interesse è dato dall'esito eccezionale in atrofia secondaria del nervo ottico, con conseguente amaurosi, pur essendo rimasto integro il bulbo oculare.

In uno di questi casi si ebbero anche fatti paralitici a carico del V e del VI paio omolaterali, con lesioni in parte permanenti; inoltre nell'acme della malattia si ebbero anche manifestazioni convulsive e in seguito fu osservata una ipertensione cranica transitoria.

Sulla base della esperienza clinica e sui dati della letteratura sono da ritenere assai rare tali manifestazioni nervose, di cui l'O. cerca di spiegare la patogenesi.

Partecipa alla discussione il prof. PARISOTTI.

Il Segretario: G. AMANTEA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La malattia di Osler.

La malattia di Osler è caratterizzata (Rosenthal e Unna, *Klin. Wochenschr.*, 3 giugno 1933) dalla ereditarietà con modalità dominante, dalla presenza di angiomi (telangectasie) multipli, da recidivanti epistassi ed altre emorragie mucose. Viene ereditata indipendentemente dal sesso, ciò che la distingue nettamente dalla emofilia: altro importante carattere differenziale è l'assenza di anomalie di coagulazione del sangue. Per molti anni l'unico sintomo può consistere in ripetute epistassi, talvolta vi si aggiungono anche emorragie da altre mucose; la perdita di sangue, se abbondante e spesso ripetuta, non di rado conduce a una anemia accentuata. In seguito si sviluppano delle telangectasie, di preferenza alle guancie, alle orecchie, alla lingua e al palato. Nel caso osservato dagli AA. la malattia si è trasmessa per tre generazioni, con carattere dominante, a maschi e a femmine. La paziente, donna di 58 anni, aveva sofferto fin dalla prima gioventù di epistassi frequenti: verso i 30 anni si sono sviluppate le telangectasie. Dopo i 40 anni le epistassi si sono fatte sempre più frequenti e abbondanti, fino a diventare quasi continuate: Per cui si era sviluppata una anemia gravissima, con riduzione degli eritrociti a 900000 e dell'Hb. a 18. Si riuscì a dominare le epistassi con trasfusioni di sangue, causticazioni delle telangectasie sanguinanti e successivo forte tamponamento. In tre mesi gli eritrociti erano saliti a 2750000 e la Hb a 50.

La malattia di Osler consiste in una debolezza ereditaria del mesenchima di tutto l'organismo. Infatti nel caso studiato dagli AA., la biopsia di un pezzo di cute apparentemente normale dimostrò una degenerazione del tessuto connettivo e della elastina. L'esame microscopico della mucosa nasale sanguinante e quello della cute in corrispondenza delle telangectasie dimostrò una notevole distruzione del connettivo di sostegno: mancano gli involucri muscolare ed elastico dei vasi che restano costituiti quasi solo da un unico strato epiteliale, circondato da connettivo edematoso e lasso. POLLITZER.

Leucemia acuta monocitica o reticolo-endoteliosi leucemica?

Grande incertezza regna ancora nella identificazione e nella classificazione della leucemia acuta monocitica, la cui estrema rarità rende appunto più ardua la sua conoscenza ed il suo inquadramento nosologico. Lo studio di tale malattia è poi reso ancora più complesso, perchè ad esse si innestano tutte le questioni riguardanti la natura e la genesi dei monociti.

T. Lucherini (*Minerva Medica*, n. 32, 11 agosto 1933) riporta un interessante caso di leucemia monocitica acuta in soggetto di età avanzata (77 anni), studiato dal punto di vista clinico, ematologico ed anatomo-istologico.

L'età avanzata in questo caso non è certo un dato privo di importanza, sapendo come in genere le leucemie acute ed in ispecie la leucemia monocitica prediligano l'età giovanile ed adulta, mentre è cosa eccezionalissima che si manifestino nei vecchi.

L'A. dopo una disamina differenziale specie con la agranulocitosi tipo Schultz, si sofferma a discutere i rapporti che intercorrono fra la leucemia monocitica e la reticolo-endoteliosi leucemica.

A tale proposito, partendo dalla descrizione del suo caso, Lucherini ritiene che non è facile escludere possibili rapporti fra le due malattie, come pure non è facile distinguere con sicurezza le due forme, tanto più che spesso nel quadro ematologico dell'una possono ritrovarsi in quantità più o meno variabile elementi dell'altra e viceversa. L'A. affaccia quindi l'opportunità di chiamare queste due forme, sino a che la genesi dei monociti non sia chiarita, con l'unica denominazione di leucemia acuta monocitica. Questa denominazione esprime con più chiarezza la fisionomia clinica della malattia ricollegandola a quella delle leucemie acute in genere ed evitando il nome di reticolo-endoteliosi leucemica che ha significato più patogenetico ed anatomico che non clinico. Il quadro clinico ed isto-patologico uguale nelle due forme morbose (monocitosi ed endoteliosi leucemica), anche se esistono variazioni qualitative degli elementi bianchi in circolo, rende giustificabile per il momento la denominazione unica di leucemia acuta monocitica. A. POZZI.

I vantaggi delle iniezioni endomuscolari di estratto epatico nell'anemia perniciosa.

W. P. Murphy (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, settembre 1933) fa notare che l'uso di estratto epatico iniettabile nei muscoli ha dei vantaggi innegabili. Prima di tutto la possibilità di concentrare in una soluzione di volume ridotto (5 c.c.) la sostanza attiva equivalente alla somministrazione di 100 gr. di fegato fresco. Dall'esame di 101 casi così trattati l'A. espone i vantaggi seguenti:

1. Il dosaggio sicuro del principio attivo.
2. L'effetto rapido nelle gravi recidive, effetto che può paragonarsi a volte a quello di una trasfusione.
3. Ottimi risultati anche in casi in cui il fegato dato per bocca era stato inattivo o poco attivo.
4. La cura di scelta nei casi di anemia perniciosa associata a disturbi midollari è quella dell'estratto iniettabile, perchè dalla rapidità

del trattamento dipende la possibilità di guarire il paziente.

5. La somministrazione dell'estratto iniettabile va fatta con 3 c.c. al giorno per 1-6 settimane. La cura si deve ripetere dopo 3-4 settimane di sospensione.

6. L'estratto iniettabile non costa molto.

7. Esso è pratico perchè può essere portato senza inconvenienti anche se il malato deve viaggiare. R. LUSENA.

Primi risultati di una terapia dell'anemia perniciosa col Rosso Congo.

Il rosso Congo è da vario tempo usato sia per la determinazione della massa sanguigna circolante, sia per la cura delle affezioni emorragiche piastrinopeniche. Ora Massa e Zolessi (*Giorn. Clin. med.*, 20 sett. 1933) riferiscono sui buoni risultati ottenuti con questo metodo nell'anemia perniciosa.

Il Rosso Congo è stato somministrato sotto forma di soluzione al 0,5 % in soluzione fisiologica contenente 0,5 % di cloruro di sodio; prima tutti i giorni, poi ogni 2-3 giorni.

Il miglioramento è stato molto evidente; i globuli rossi sono nettamente aumentati, i reticolociti hanno presentato una vera crisi, e la bilirubinemia è nettamente discesa.

Il trattamento, per quanto prolungato, è stato sempre tollerato perfettamente. Gli AA. si riserbano di indagare più a fondo il meccanismo d'azione del Rosso Congo sullo stato di iperemolisi caratteristica del m. di Bierman. V. SERRA.

MEDICINA PREVENTIVA.

L'uso profilattico del siero antipoliomielitico.

Negli Stati Uniti, secondo un articolo editoriale di *The Lancet*, 14 ottobre 1933, è stato usato su vasta scala, a scopo profilattico, il siero di convalescenti o di guariti di poliomielite. Ricerche sperimentali hanno dimostrato che il « siero immune » di persone guarite dalla poliomielite impedisce lo sviluppo di questa malattia nella scimmia e questo risultato si aveva non solo usando il siero prima dell'inoculazione, ma anche se si iniettava nella teca cranica 18-24 ore dopo che il virus fosse introdotto nel cervello. Fu anche osservato che siero di persone che non hanno avuto la poliomielite agisce qualche volta ugualmente; ma in questo caso ci si può domandare se queste persone non abbiano avuto una infezione passata inosservata.

In periodo epidemico negli Stati Uniti, a moltissimi bambini fu iniettato siero dei genitori alla dose di 30 cc. e i risultati sono apparentemente soddisfacenti. Però è molto difficile trarre da questo esperimento una conclusione sicura, perchè scarsi furono i casi di malattia e questi furono assai capricciosi nella loro distribuzione.

Il siero immune fu usato su più vasta scala nei casi iniziali, prima che comparissero fenomeni paralitici e i risultati sono incoraggianti. Al Consiglio medico delle ricerche si prepara il siero immune, che è consegnato a richiesta. Ma la quantità è scarsa, quindi a Londra fu preparato un antisiero con siero di cavallo. Se ne consiglia un'iniezione di 5 cc. a scopo profilattico nel periodo preparalitico o in chi ha avuto contatti sospetti o pericolosi. Questo siero è consigliabile nelle scuole appena si manifesta qualche caso fra gli scolari. In un opuscolo del Ministero inglese della Sanità pubblicato recentemente non è fatto cenno all'uso profilattico del siero, mentre se ne parla in un lavoro del Comitato Internazionale per lo studio della paralisi infantile. R. LUSENA.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sistema reticolo-endoteliale e immunità.

Nella moderna concezione dell'immunità, che superato il contrasto fra teoria umorale e teoria fagocitaria, ha costruito la sua dottrina eclettica, ammettendo accanto alla fagocitosi l'esistenza dei cosidetti anticorpi capaci di reagire da sè soli coll'antigene, o di modificare l'attitudine fagocitaria delle cellule, il sistema reticolo-endoteliale, nel quale Aschoff ha riunito elementi mesenchimali dotati di proprietà speciali, ha acquistato importanza essenziale a cagione del suo largo intervento sia nella fagocitosi, sia nella produzione degli anticorpi, sia nell'influenza dei farmaci detti chemioterapici sugli agenti d'infezione.

E. Baezo Alonso (*Medicina Ibera*, 13 maggio 1933) prende in esame le attuali possibilità di studio della funzione immunitaria del S.R.E.

La proprietà di trattenere in forma granulare sostanze estratte dalla circolazione (colloidi coloranti elettronegativi, idrosol metallici, prodotti colloidali del metabolismo, sospensioni colloidali, ecc.) può considerarsi come specifica di questo sistema, ed è anzi servita alla concezione della sua unità organica. Tale proprietà ha trovato applicazione in un procedimento molto in uso per lo studio funzionale di questo sistema, con il quale si cercava per mezzo della occupazione temporanea delle sue cellule di escludere la sua attività fisiologica. Ma dopochè si è visto che il blocco di una cellula splenica per una sostanza, non diminuisce la capacità pessica per altre sostanze, e dopo che le culture di tessuti hanno dimostrato che il blocco con inchiostro di china non sopprime nelle cellule coltivate altre funzioni come il movimento e la divisione cellulare, l'utilità di questo metodo è divenuta sempre più problematica; tanto più che il blocco non solo non dà la possibilità di paralizzare sperimentalmente le funzioni del sistema, ma produce nell'organismo azioni complesse, per compromissione di altre funzioni che non si intendeva influenzare (irritazioni di organi per interessamento dei loro capillari). Inoltre il blocco in un secondo

tempo provoca una rigenerazione del sistema, aumentando le sue capacità: anche questo fatto limita la valorizzazione degli effetti tardivi del blocco stesso.

Una iperattività del sistema reticolo-endoteliale si può provocare anche con irradiazioni sulla milza.

Un tentativo ingegnoso e, sembra, riuscito è quello di Jonscò, che si è servito di sostanze colloidali, per far veicolare in stato di adsorbimento delle sostanze cristalloidi, e poter quindi agire sul sistema con sostanze non reticulo-endoteliotrope (acido arsenioso, ecc.).

È importante notare che la distribuzione del S. R. E. non è uniforme in tutte le specie animali: in qualcuna predomina la sezione splenica, in altre la epatica e così via. La impregnazione è quantitativamente diversa a seconda dell'organo che si consideri ed anche a seconda della via di introduzione.

Un altro metodo di studio del S. R. E. è la splenectomia, essendo la milza costituita in gran parte da cellule di tale sistema. Ma nell'applicazione di tale metodo alla funzione immunitaria occorre tener presente che nella milza si formano anche linfociti, i quali pur non appartenendo al sistema prendono parte alla difesa contro le infezioni specie croniche; e che il trauma operatorio ed anche semplicemente l'apertura della cavità addominale (ricordare l'effetto terapeutico nella tbc. peritoneale) possono influenzare considevolmente l'esperimento.

L'esplorazione funzionale del sistema si fa iniettando per via endovenosa delle sostanze coloranti (azorubina, rosso Congo, ecc.) e osservando la velocità di decolorazione del sangue: tale velocità è infatti in rapporto con l'attività del reticolo-endotelio; ma in tale eliminazione intervengono anche gli epiteli secernenti che sono in relazione col sistema. Altri AA. iniettando emulsioni di grasso in particelle poco più grandi degli emoconi, hanno osservato stretti rapporti fra la velocità di scomparsa dei corpuscoli di grasso dal sangue, e lo stato delle cellule ghiandolari unite al sistema R. E. Questa prova può servire perciò come saggio funzionale del fegato, ma non del reticolo endotelio.

Dunque, nonostante i numerosi tentativi, conclude l'Autore spagnolo, non possediamo ancora un metodo pratico per determinare la capacità funzionale esclusiva del S. R. E.

E. CARLINFANTI.

FORMULARIO.

Nell'avvelenamento da acido cianidrico.

F. Dorello (*Ann. medicina nav. e colon.*, luglio-agosto 1933) consiglia il nitrito di sodio in soluzione al 3 % in acqua distillata; tale soluzione sopporta bene la sterilizzazione a 120°.

Se ne iniettano, per via endovenosa circa 20 cmc. (1/2 grammo). *fil.*

VARIA

Caratteristiche e condizioni della longevità.

Si sono festeggiati recentemente in Prussia, gli ultracentenari a cui, secondo una vecchia tradizione, il Governo ha inviato un telegramma di rallegramento ed un dono. Il numero degli individui con oltre un secolo è risultato di 31, di cui 10 uomini e 21 donne: la proporzione, in favore delle donne è stata analoga anche negli anni scorsi. Tutti questi ultracentenari sono vedovi, salvo una donna e tutti hanno numerosi figli, in complesso 178, quasi 6 a testa. Uno dei centenari ha avuto 11 figli ed ha ora 31 nipoti e 34 pronipoti.

La maggior parte di questi ultracentenari vive in campagna e fa il contadino, il che starebbe a dimostrare la superiorità della vita campestre per il prolungamento della vita. Altre considerazioni sono state esposte da L. Binet (*Bruxelles-méd.*, 15 ott. 1933); particolare importanza ha il fattore del peso. Oltre i 30 anni, un peso inferiore alla media è una condizione per assicurare la longevità, mentre un aumento di peso va di pari passo con un aumento della mortalità. Binet insiste inoltre sull'influenza del sesso osservando che la donna ha una vita più lunga che l'uomo; le cifre degli ultracentenari prussiani appoggiano la verità di questo asserto. Per quanto riguarda l'attività sessuale, la funzione normale è più favorevole che la castità. Nel maschio, la vita ha il suo massimo coincidente con un'attività sessuale media; nella donna, il massimo è ottenuto con dei rapporti sessuali poco numerosi.

Ricordiamo, a proposito dei centenari, una inchiesta fatta qualche anno fa in Francia da M. Tanier, secondo cui risultava il valore, almeno apparente, di certe condizioni di vita per raggiungere i limiti piuttosto eccezionali di vita, pur conservando l'integrità relativa se non completa delle diverse facoltà. Le condizioni che sembrano particolarmente vantaggiose sono: la magrezza, la sobrietà e l'attività continua. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. GALLI. *Siero prevenzione e siero attenuazione del morbillo con siero normale di cavallo.* — Tip. Imm. Concez., Modena, 1933.

F. DI BELLA. *Metodo di indagine per la diagnosi differenziale radiologica delle immagini anulari endopolmonari da caverne e da pseudo-caverne.* — S. A. Ind. Grafiche, Roma, 1933.

Raccolta Tesi di Laura vincitrici dei premi Lepetit. — Milano, 1933.

V. ROMANIN. *Considerazioni e ricerche sul comportamento del calcio nelle diverse manifestazioni cliniche della sifilide.* — Tip. A. Milesi, Milano, 1933.

C. CANTIERI. *Il problema della tubercolosi nel clero e negli Ordini Religiosi.* — Tip. Proia, Roma, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI

Disposizioni del Ministero degli Interni per l'assistenza ospitaliera.

Il Ministero degli Interni ha diramato una circolare ai prefetti del Regno, invitandoli a ridurre l'accoglimento degli abbienti negli ospedali. Le norme prestabilite riguardano anche l'assistenza ostetrica.

La circolare contempla alcune modifiche agli organici degli ospedali ed invita i prefetti e la Giunta provinciale amministrativa ad assicurarne l'osservanza. Ritorneremo sull'argomento.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile*. — Proroga a tutto il 16 dic. del concorso a primario medico.

AREZZO. *Comune*. — Scad. 15 gen., ore 18; 6ª condotta; L. 8000 e 4 quadrienni dec., oltre lire 3000 cavalc., L. 800 arm. farm.; riduz. 12 %; voti negli esami spec. e di laurea o di abilitaz.; età lim. 45 a. al 14 ott.; doc. a 6 mesi dalla stessa data.

CANTÙ. *R. Prefettura*. — Proroga al 15 dic., uff. san. del Capoluogo.

GANGI (*Palermo*). — Scad. 31 gen.; L. 8250 e 5 quinquenni dec., addizionale L. 3 oltre i 1000 iscritti.

GINESTRA DEGLI SCHIAVONI (*Benevento*). — Scad. 25 dic.; L. 7500 e 5 quadrienni dec. oltre L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

GROPPARELLO (*Piacenza*). — Scad. 30 nov.; 2ª cond.; rivolgersi Segret. com.

MANTELLO (*Sondrio*). — Scad. 30 nov.; L. 8500 e 4 quinquenni dec., indenn. mezzi di trasporto.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario del Consorzio dei Comuni di Viadana, Dosolo e Pomponesco. Il concorso si svolgerà con le modalità di cui al R. D. 29 novembre 1925 n. 2266 ed in base al programma di esami approvato con decreto 6 febbraio 1926 dal Ministero dell'Interno.

Assegni annessi, decurtati del 12 % a termini del R. D. 20 novembre 1930 n. 1491; stipendio: L. 15.000 annue, suscettibile di tre aumenti quadriennali del decimo; indennità di trasporto: lire 3.000 annue, con facoltà del Consorzio di soppressione totale o parziale qualora dovesse fornire i mezzi di trasporto.

Diritti per le prestazioni nell'interesse di privati: nella misura stabilita da S. E. il Prefetto.

Al nominato è inibito l'esercizio professionale, come pure di assumere impegni od incarichi estranei all'ufficio, e prestarsi per pareri e consulti. Egli dovrà risiedere nel Comune di Viadana. I concorrenti dovranno presentare la domanda e i documenti come prescritti dall'art. 7 del citato R. D. 29 novembre 1925 n. 2266, in bollo competente e regolarmente legalizzati, alla R. Prefettura di Mantova, o direttamente o a mezzo di piego postale raccomandato. Ai documenti predetti dovrà aggiungersi anche il certificato di iscrizione al Partito Nazionale Fascista, rilasciato in competente bollo dal Segretario Federale. Sulla domanda indicare il recapito per le eventuali comunicazioni. I concorrenti saranno avvertiti a domicilio del luogo e della data che verranno stabiliti per i singoli esami.

Notizie sui Comuni compresi nel Consorzio:

Viadana: superficie Ha 10263; popolaz. abitanti 17.637;

Dosolo: superficie Ha 2584; popolaz. abit. 4255;

Pomponesco: superficie Ha 1233; popolaz. abitanti 2168.

Scadenza ore diciotto del 30 dicembre 1933-XII.

Per chiarimenti rivolgersi a la R. Prefettura di Mantova e alla Segreteria del Comune di Viadana capo Consorzio.

MERGO (*Ancona*). — Vedere ROSORA-MERGO.

NIZZA MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 16 genn.; 1ª cond.; L. 7000 e 4 quinquenni dec.; indennità di c.-v., di servizio e di cavalcatura.

RIGNANO SULL'ARNO (*Firenze*). — Scad. 12 febb.; per Troghi; L. 8500 e 8 trienni dec., oltre L. 3000 cavalc. (salvo varianti); decurtaz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

RIVE D'ARGANO (*Udine*). — Scad. 31 dic.; rivolgersi Segret. comun.

ROSORA-MERGO (*Ancona*). — Posto per la condotta di Mergo. Scadenza tredici dicembre 1933-XII. Stipendio L. 7920; indennità trasporto L. 2640 al netto 12 %. Rivolgersi alla Segreteria Comunale.

SADALI (*Nuoro*). — Posto per la condotta medico-chirurgica alle condizioni Capitolato tipo Provincia. Stipendio lire novecento, soggette trattenute legge e riduzione 12 %. Tassa L. 50. Documenti inviarli al Podestà di Sadali. Scadenza dieci gennaio 1934-XII.

SIENA. *Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò*. — Scad. 30 nov., ore 12; due medici di Sezione; L. 12.000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; riduz. 12 %; doc. non anter. al 28 sett.; età lim. 30 a. Chied. annunzio. Rivolgersi: Società di Esecutori di Opere Pie Disposizioni, Ufficio di Segreteria, Siena.

SPIGNO MONFERRATO (*Alessandria*). — Posto di medico della seconda condotta. Stipendio L. 7040 con diritto a quattro aumenti quinquennali del decimo e L. 500 per indennità mezzi di trasporto. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Domanda e documenti di rito in bollo e legalizzati. Tassa concorso L. 50,10. Scadenza 15 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale

TERRANOVA DI POLLINO (*Potenza*). — Scad. 20 dic.; L. 7000 e 6 quadrienni dodicesimo; età lim. 40 a.

VENEZIA. *Ospedali Civili*. — Proroga a ore 17 del 30 dic. del concorso ai posti di medico-chirurgo assistente straordinario.

VERCELLI — Per titoli ed esami. Due posti di Ufficiale Sanitario Consorziale:

1° Consorzio: Trino, Desana, Costanzana, Ronsecco, Tricerro. Abitanti 18.497. Stipendio lire 12.500. Indennità trasporto e diarie L. 6000, al netto 12 %. È inibito il libero esercizio professionale.

2° Consorzio: Varallo, Alagna, Riva Valdobbia,

Mollia, Campertogno, Rassa, Piode, Pila, Scopello, Scopa. Abitanti 12.460. Stipendio L. 12.500. Indennità trasporto e diarie L. 6500, al netto 12 %. È inibito il libero esercizio professionale.
Dieci aumenti biennali. Termine per presentazione documenti alla R. Prefettura di Vercelli: tredici dicembre 1933-XII.

VERCELLI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posti di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario provinciale e di Direttore della Sezione Dispensariale di Biella. Stipendio rispettivamente L. 30.000 (27.000 + 3.000) e L. 27.000 lorde. Scadenza 16 gennaio 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Vercelli, presso l'Amministrazione Provinciale.

VERONA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami, concorso al posto di Ufficiale Sanitario consorziale dei Comuni di Legnago, Bevilacqua-Boschi, Casaleone, Castagnaro, Gazzo Veronese, Minerbe, Roverchiara, Sanguinetto, Terrazzo, Villabartolomea, Cerea, Angiari, Bonavigo e S. Pietro di Morubio. Il limite massimo d'età stabilito è di anni 45, salve le esenzioni e le agevolazioni di legge. Al funzionario nominato sarà corrisposto lo stipendio di L 18.000 annue, al lordo delle trattenute di legge ed al netto della riduzione del 12 %, nonchè un'indennità fissa di L. 5000 con l'obbligo di autoveicolo. Gli aspiranti dovranno presentare la domanda, accompagnata dai prescritti documenti e dalla tassa di L. 50, al Comune di Legnago entro le ore diciotto del 23 dicembre 1933. Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla R. Prefettura di Verona, oppure al Comune di Legnago.

VERONA. *Ammin. Prov.* — Proroga al 31 mar., assistente della Sez. med.-micrograf. del Laborat. Prov. d'Igiene e Profilassi.

VEZZANO DI TRENTO (*Trento*). — Scad. 25 nov.; L. 9500 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 950 uff. san., L. 800 abitaz., L. 2000 via; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

VICOLUNGO (*Novara*). — Scad. 30 nov.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; L. 500 se uff. san.; riduz. 12 %; L. 500 se bicicletta; L. 150 ambulat.; tassa L. 50,10.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Luigi Preti, ordinario di patologia speciale medica a Parma, è stato chiamato alla cattedra di clinica medica e semeiotica già tenuta, nella stessa Università, da Umberto Gabbi; il prof. Ruggero Romanese, ordinario di medicina legale a Parma, è stato chiamato alla cattedra della stessa disciplina in Torino, già tenuta da Paolo Carrara; il prof. Cesare Bruni, titolare di anatomia umana a Parma, è stato chiamato alla cattedra della stessa disciplina a Bologna, già tenuta da Giulio Valenti.

NOTIZIE DIVERSE.

Il problema della pletora universitaria discusso a Ginevra.

Presso l'ufficio internazionale del Lavoro a Ginevra ha avuto luogo una Conferenza internazionale di esperti, per lo studio del problema dell'affollamento delle Università e della disoccupazione dei lavoratori intellettuali. Alla riunione, alla quale erano presenti i rappresentanti di 18 Stati, ha partecipato per l'Italia il prof. Giorgio Del Vecchio, preside della Facoltà di Giurisprudenza all'Università di Roma. L'esame delle misure adottate dai vari Paesi per fronteggiare la situazione creata dal crescente numero di diplomati ha dato occasione al prof. Del Vecchio di indicare in una documentata esposizione, che è stata vivamente applaudita, quanto è stato compiuto e si viene compiendo in Italia a favore dei giovani studenti dalle organizzazioni corporative e dai Gruppi universitari.

Congressi medici argentini.

Si sono tenuti recentemente a Buenos Aires varî Congressi. Segnaliamo il 5° Congresso dell'Associazione argentina di chirurgia, adunatosi dall'8 al 14 ottobre, sotto la presidenza del prof. Enrique Finocchietto; le Giornate odontologiche indette dall'Associazione odontologica argentina, inaugurate il 9 ottobre e presiedute dal dott. Adolfo Alcevedo; le Giornate farmaceutiche, inaugurate il 28 settembre e presiedute dal dott. Angel Bianchi Lischetti. Si è anche tenuta la « Giornata dell'odontologo », organizzata dalla Federazione odontologica latino-americana, presieduta dal dott. Juan Ubaldo Carrea; vi hanno partecipato i rappresentanti di varî Enti affiliati.

Corsi di perfezionamento.

La Scuola Medica Ospitaliera di Roma ha organizzato, per l'anno scolastico 1933-34, i consueti corsi di perfezionamento e d'integrazione, che coprono tutti i campi della medicina (medicina interna, chirurgia e specialità varie). Dal 5 aprile al 15 maggio si terrà un corso speciale per medici condotti; dal 1° agosto al 31 ottobre un corso speciale di preparazione agli esami di Stato; è allo studio un corso di Tecnica di ricerche cliniche e di laboratorio, da iniziare in gennaio (si accettano prenotazioni).
Chiedere il programma completo alla Segreteria, Policlinico Umberto I, Roma (27).

Il nuovo edificio dell'ospedale di S. Spirito in Roma.

Si è inaugurato il 28 ottobre un nuovo grande edificio prospiciente il Lungotevere in Sassia. Ha una capacità complessiva di letti 300 di cui 70 sono per infermi di medicina, 146 per infermi di chirurgia, e 84 per il deposito, l'osservazione, ecc.
Si compone di 3 piani, oltre il seminterrato e un piano sopraelevato adibito esclusivamente a reparto operatorio con due distinte camere per operazioni
Le corsie sono ampie, aerate, luminose; i servizi perfetti.

Nell'Ospedale Civile di Padova.

Nell'Ospedale Civile di Padova si è inaugurato, il 28 ottobre, un fabbricato, per l'Istituto nazio-

nale fascista per l'assicurazione contro gli infortuni. I lavori si sono iniziati alla metà di giugno e sono ormai a termine, con encomiabile rapidità. La risoluzione di questo problema era da lungo tempo attesa dalla benemerita Cassa di Infortuni poichè, con un Padiglione omogeneo e capace di un'ottantina di letti, coincideva la risoluzione di altri problemi nosocomiali e cioè la istituzione di un Centro di cura per i tumori maligni ed un più raccolto e meno dispendioso ambiente per le cure antirabbiche; il Padiglione, che si è inaugurato il 28 ottobre, consta di un edificio totalmente nuovo, che occupa una notevole area retrostante al vecchio Istituto Antirabbico « Achille De Giovanni ». Vi trovano posto i refettori, la sala di riunione, al piano terra, mentre nel piano rialzato, al primo e al secondo piano, sono allogate le camerate e le stanze di servizio. Nell'edificio vecchio, ora completamente trasformato, saranno invece collocate la Direzione, i Laboratori, i Gabinetti per le cure, la Biblioteca e le stanze degli assistenti. Importanti opere compiute pure nell'anno XI dall'Amministrazione ospedaliera e inaugurate lo scorso 21 aprile sono: la Clinica delle malattie nervose, il Reparto otorinolaringoiatrico, i Laboratori della Clinica medica, ecc. ecc. Oltre a ciò sono pronte la Scuola e il Convitto per infermieri e assistenti sanitari, i laboratori della Divisione medica ospitaliera, il Padiglione che viene destinato alla cura dei tumori maligni.

La clinica di Hajek.

Ha assunto molta celebrità in Vienna la clinica rino-laringologica diretta dal prof. Hajek, un insegnante venuto dalla professione libera e rivelatosi di raro valore: ha attratto un numero grandissimo di perfezionandi da tutte le parti del mondo ed ha contribuito non poco alla fama della Facoltà.

Nello scorso luglio Hajek ha compiuto il suo « anno d'onore » ed ha dato l'addio all'insegnamento: la cerimonia svoltasi in quella occasione ha dimostrato di quanta alta estimazione egli fosse circondato.

Ora il Governo ha deciso di destinare la clinica — la quale fu di Türck e di Schrötter prima che di Hajek — alla sola otologia, malgrado la sua perfetta organizzazione tecnica e di personale. Ciò, considerando l'attuale situazione del bilancio e per evitare la coesistenza, nella stessa Facoltà, di due cliniche specializzate nello stesso campo (tra le quali, per altro, c'era stata emulazione cordiale e utile, senza alcun contrasto).

Il numero dei medici in Inghilterra.

Secondo i dati raccolti dal « Brit. Med. Journ. », organo ufficiale dell'Associazione Medica Britannica, nel 1931 figurarono iscritti per l'esercizio professionale 55.604 medici, su 48.989.485 abitanti, mentre nel 1881 si erano avuti 23.275 medici su 35.241.482 abitanti e nel 1892 se n'erano avuti 45.408 su 47.146.506 abitanti. Ciò prova che dal 1881 al 1921 il numero dei medici è aumentato del 100 %, mentre la popolazione è aumentata solo del 34 %, cioè l'incremento dei medici fu quasi triplo. Ancora più marcata è la differenza nell'ultimo decennio, in cui i medici sono aumentati incirca di 2000, mentre la popolazione è aumentata incirca di 10 milioni; cioè l'incremento dei medici è stato quasi decuplo rispetto a quello avutosi nella popolazione. Se si detraggono dal totale i medici viventi all'estero e quelli ritirati dalla professione, si ha pel 1931 una media di poco superiore ad un medico ogni 1000 abitanti.

Crociera medica.

La 19ª Crociera medica franco-belga si effettuerà durante le prossime vacanze pasquali, a bordo del piroscafo di lusso « Léopoldville » della « Compagnie Maritime Belge », stazzante 15.000 tonnellate. Partenza da Marsiglia il 24 maggio; ritorno allo stesso porto il 10 aprile; scali a Malta, Pireo (per Atene), Istambul (per Costantinopoli), Costanza (per Bucarest ed i Carpazi), Odessa. Classe unica; prezzo 3900 franchi belgi (incirca 2705 franchi francesi, 2020 lire it. al cambio attuale). Chiedere il programma a « Bruxelles-Médical », Section des Voyages, boulevard Adolphe Max 29, Bruxelles, Belgio.

I medici tedeschi rifugiatisi in Inghilterra.

Il problema dei tedeschi profughi continua ad appassionare vivamente gl'inglesi.

Molte esagerazioni si erano diffuse sul numero dei medici profughi: l'allarme destato dall'inattesa affluenza, in un periodo di grave crisi, aveva portato i giornali a prospettare il fenomeno in proporzioni ingrandite. La « Jewish Medical and Dental Emergency Association » ristabilisce ora i fatti: sino a metà di settembre i medici che si erano rivolti ad essa per ottenere assistenza, non eccedevano il numero di 180 e la metà incirca erano stati collocati o stavano per esserlo. Il movimento s'inquadra nell'assistenza ad altri studiosi, in numero notevole, ma da non confondere con i medici. Vi erano 3-4 medici di fama mondiale, assunti in varie Università inglesi come professori. A Manchester si erano create 6 cattedre biennali, riguardanti discipline varie, tra cui una nella Facoltà medica, per la fisiologia. Si è data la cattedra di chimica fisica al prof. Michael Polayni, ungherese, dimessosi dall'Università di Berlino in segno di protesta. Il massimo numero di medici profughi ha trovato posto a Edinburgo, ove ne erano stati collocati 35 (probabilmente si è prodotto il deplorato fenomeno dell'accentramento di ebrei, richiamati dai correligionari, un fenomeno che ha spesso destato vivi risentimenti).

L'« Academic Assistance Council », presieduto da lord Rutherford, ha potuto assicurare 50 pensioni temporanee, di circa lire it. 7500 ciascuna, a scienziati profughi, tra i quali parecchi medici.

L'azione di assistenza continua e s'intensifica.

La medaglia Nightingale.

Demmo notizia, nello scorso numero, del conferimento di una medaglia Nightingale alla signora Sita Meyer Camperio. Il sen. Cremonesi, presidente della C. R. I., ha precisato, in un'intervista, che la prima italiana insignita dell'alta onorificenza fu, nel 1920, la Duchessa d'Aosta Madre; poi lo furono le infermiere Andina, Clerici, Battistella, Cludzinska, che conobbero le sofferenze della prigionia; Vitti, più volte decorata al valore; De Bellegarde, morta in zona di guerra; recentemente la Marchesa Irene di Targiani Giunti e la Duchessa Elisabetta Cito, per l'efficace opera svolta nell'organizzazione infermieristica ed il grande impulso dato alla riforma assistenziale.

I risultati del concorso bandito dall'Istituto delle Assicurazioni per due pubblicazioni di igiene.

Il Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni ha approvato nella sua ultima tornata le conclusioni della Commissione giudicatrice dei lavori per il Concorso bandito dall'Istituto nell'ottobre 1931-IX per due pubblicazioni di igiene, di cui una destinata agli assicurati in forma ordinaria (cui adiscono per lo più professionisti, industriali, impiegati, commercianti), dotata del premio di L. 20.000, e l'altra agli assicurati in forma popolare dotata del premio di L. 10.000.

La Commissione, costituita dai signori: sen. prof. Ettore Marchiafava, presidente; prof. Dante De Blasi, Accademico d'Italia; prof. dott. Silvestro Baglioni; prof. dott. Arcangelo Ilvento, vice direttore della Sanità Pubblica ed il Capo del Servizio Sanitario dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, ha giudicato che i lavori più adatti e meglio rispondenti al Bando di Concorso sono: per gli assicurati in forma ordinaria quello di cui risultò autore il dott. Eschilo Della Seta e per gli assicurati in forma popolare quello presentato dal dott. Oreste Bellucci.

I due lavori, che illustrano le « norme di igiene atte a prolungare la vita umana nelle migliori condizioni di salute », saranno largamente diffusi dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni il quale, come è noto, dal 1930 ha iniziato tutto un programma di assistenza sanitaria agli assicurati.

I longevi in Italia.

Fra i più interessanti rilievi statistici compiuti dall'Istituto Centrale di Statistica sui risultati dell'ultimo censimento è quello che riguarda i nonagenari e centenari italiani. Dai dati complessivi raccolti risulta che alla data del censimento (21 aprile 1931) gli italiani residenti in Italia dai 90 anni in su sommavano complessivamente a 10.522 dei quali 4420 maschi e 6102 femmine.

A seconda delle diverse categorie di età è risultato che i longevi dai 90 ai 94 anni erano 9516 dei quali 4067 maschi e 5449 femmine. I longevi dai 95 ai 99 anni erano 943 dei quali 338 maschi e 605 femmine, mentre i longevi dai 100 anni in su erano 63 dei quali 15 maschi e 48 femmine.

Un fatto particolarmente caratteristico in questo rilievo è la superiore percentuale delle femmine longeve rispetto ai maschi. I maschi longevi rispetto alle femmine sono solo il 74 per cento tra i 90 e i 95 anni, il 55,9 per cento fra i 95 e i 100 anni, il 31,3 per cento fra i 100 anni ed oltre.

Un po' dovunque.

Alla presenza di S. M. il Re e di altissime personalità del mondo politico, scientifico e letterario, il 12 novembre venne inaugurato il 5° anno di vita della Reale Accademia d'Italia. S. E. il prof. Bottazzi pronunziò il discorso inaugurale, svolgendo il tema « La materia vivente ».

In questi giorni parecchie Università hanno inaugurato o vanno inaugurando gli anni accademici. Daremo ulteriori notizie di alcune inaugurazioni.

Il 19 ottobre, nell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Roma, si è costituita la « Società Italiana di Antropologia e Psicologia criminale ». Essa ha per scopo l'incremento ed il progresso degli studi di antropologia e psicologia criminale, ai fini della terapia e della profilassi del delitto. La presidenza è stata così costituita: S. E. Mariano D'Amelio, Primo Presidente della Corte di Cassazione; prof. Sante De Sanctis, direttore della Clinica neuro-psichiatrica di Roma; prof. Salvatore Ottolenghi, direttore dell'Istituto di Medicina legale e della Scuola Superiore di polizia in Roma.

Le adesioni si ricevono alla sede della Società, Istituto di Medicina Legale della R. Università, viale dell'Università 32, Roma (27)

La Società Medica Chirurgica di Bologna ha tenuto una serie di sedute, in cui sono state fatte interessanti comunicazioni. Specialmente notevoli le sedute del 12 e del 19 maggio, destinate alla cura delle leucemie, in cui furono fatte dissertazioni dai soci sen. Viola, A. Dalla Volta, F. Schiassi, G. G. Palmieri, E. Azzi e A. Fossati.

L'Accademia medico-chirurgica del Piceno si è adunata ad Ancona il 30 settembre; ha dedicato la massima parte della seduta alle brucellosi; furono fatte comunicazioni dai soci A. Rapisarda, S. Scoccianti, R. Fuà, G. Müller, A. Caucci, M. Atella, F. Fioretti, G. Testarmata.

Si è costituita in Francia un'Associazione dei medici ispettori (controllori e consulenti accertatori) addetti alle mutue sanitarie. La sede sociale è: rue du Cherche-Midi 95, Paris (VIe).

Si è pure costituita in Francia l'Unione nazionale dei medici dei vigili del fuoco. Sede sociale: rue Séguinau 38, Mérignac (Gironde).

L'Università di Barcellona è stata eretta in Ente autonomo.

La Facoltà medica di Madrid ha istituito una cattedra di psichiatria; il corso non è obbligatorio.

Nell'Istituto di clinica chirurgica di Buenos Aires, per iniziativa del prof. Ivanisserich, si è organizzata una serie di « conferenze brevi » di chirurgia, a coppie, ciascuna della durata di non oltre mezz'ora, su argomenti di attualità.

È stato inaugurato con solennità un grandioso acquedotto che alimenta tutta la penisola dell'Istria.

Una pia signora milanese, mancata ai vivi il 4 corrente, con sue disposizioni testamentarie nelle quali ha manifestato il desiderio di serbare l'incognito, ha istituito suo erede universale, l'Ospedale Maggiore, che si presume raccoglierà dalla sostanza ereditata (dedotto l'importo di numerosi e notevoli legati a favore di parenti e famigliari) un importo netto di circa tre milioni di lire.

Il Capo del Governo ha disposto un sussidio di L. 60.000 a favore degli Ospedali Civili Riuniti di Benevento.

In occasione della consegna del labaro agli operai fascisti del Canton Ticino, cerimonia svoltasi lo scorso ottobre al confine italo-svizzero, la popolazione di San Bartolomeo Valmacco, a mezzo del parroco, esprimeva al Prefetto la propria speranza nell'aiuto del Governo per la costruzione dell'asilo-nido. Il Duce, informato della cosa, ha destinato la somma di L. 25.000 a tale scopo.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Chieti, presieduto dal prof. Giulio Cozzoli, ha elargito op-

portunamente L. 500 all'Opera Maternità ed Infanzia, L. 500 all'Ente Opere Assistenziali, L. 250 al Dopolavoro Provinciale e L. 250 all'Opera Balilla.

L'« Opera della trasfusione d'urgenza » in Francia, che ha la sede centrale nell'Ospedale di S. Antonio a Parigi, ha organizzato una tombola, dell'importo di 100.000 franchi, in biglietti da 2 franchi ciascuno, allo scopo di raccogliere i fondi necessari per l'installazione di laboratori, l'istituzione di guardie permanenti ed i compensi ai medici.

Il 12 ottobre venne inaugurato, nella città di Messico, un monumento a Ramon y Cajal, nell'atrio centrale del nuovo « Sanatorio della Beneficenza spagnola » il quale è costato oltre 2 milioni di pesete; l'iniziativa si deve al gruppo degli immigrati aragonesi.

Il monumento consiste in un busto in bronzo, di proporzioni superiori al naturale, sopra un piedistallo di pietra da taglio, con una fontana artistica.

Nella Jugoslavia sono registrati 4951 medici, su di una popolazione di 14.170.000 abitanti: ossia un medico ogni 2862 abitanti. La distribuzione ne è molto ineguale.

Si è celebrato a Londra il centenario della nascita del dott. Charles Bradlaugh, che ha promosso il movimento per la limitazione delle nascite e che in Inghilterra è considerato quale un benefattore dell'umanità!

Tenne il discorso commemorativo Lord Horder, che è alla testa delle organizzazioni sanitarie britanniche e che presiede la Lega per la limitazione delle nascite.

Con sentenza del 18 settembre, in secondo grado, è stato condannato a 50 anni certo Eugene J. Burns, che assassinò a colpi di fucile un medico, dott. William H. Goldwin, dell'Alabama (Stati Uniti).

Nel giorno consacrato ai Defunti sono state commemorate ad Ascoli Piceno le tragiche morti dei dottori Loffredo Colacicchi e Mario Massimi, medici chirurgi, e del dott. Marco Massimi, ingegnere civile.

Le loro vite furono stroncate tragicamente, in quella città, per un sinistro automobilistico, l'8 luglio scorso.

Il dott. Colacicchi aveva 35 anni; i due Massimi, avevano 28 e 26 anni.

Esprimiamo, se pure in ritardo, il nostro profondo cordoglio. L. P.

È morto il dott. LOUIS QUEYRAT; presiedette la Società francese di dermosifilografia e fondò la Lega nazionale francese contro il pericolo venereo.

È morto a Buenos Aires il prof. JOSEPH LIGNIÈRES, di nazionalità francese, dottore in medicina veterinaria. In quella città diresse il Laboratorio nazionale di batteriologia ed insegnò alla Facoltà veterinaria. Hanno destato interesse i suoi studî sulle babesiasi, le tripanosomiasi e le pasteurellosi degli animali domestici e sulla vaccinazione antitubercolare dei bovini.

Dell'illustre prof. sen. PIETRO ALBERTONI, scomparso in questi giorni, ci riserviamo di parlare in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Ann. di Ost. e Gin., 31 lug. — G. VALLE. Alimentazione razionale durante la gravidanza. — C. SILVA. Ipersurrenalismo gravidico.

Paris Méd., 5 ag. — Numero sulle malattie del sangue.

Riv. di Patol. dell'Apparato respir., lug. — E. MARAGLIANO. La vaccinaz. preventiva nella lotta antitbc.

Med. Klinik, 4 ag. — E. JOKL e G. W. PARADE. Il collasso cardiaco nella pratica sportiva. — A. BINGEL. Agranulocitosi dopo trauma cefalico.

Forze San., 30 lug. — P. GAIFAMI. Per la più tempestiva diagnosi e la più efficiente cura dei tumori maligni dell'apparato genit. femm.

Riv. San. Sicil., 15 lug. — A. BUSINCO. La struttura del polmone. — S. PUGLISI ALLEGRA. Sul virus tbc.

Rev. españ. de Tuberc., lug. — L. DE VELASCO. Anatomo-patologia della tbc. bronco-polm. della prima infanzia.

Nuova Med. Italica, 31 lug. — A. MANGONI. Forme poco comuni dell'amebiasi intest. — V. ROSAMILIA. Amebiasi bronchiale e polmon.

Rev .de Tuberc. del Uruguay, giu. — F. D. GÓMEZ. Tbc. associata e tbc. complicata.

Quarterly Journ. of Med., lug. — J. F. WILKINSON. Malattie associate con l'anemia pernic. — W. EVANS e C. HOYLE. Trattam. dell'angina pectoris. — A. GREIG ANDERSON e A. LYALL. Diarrea grassa. — C. C. UNGLEY. Azione di lieviti ed embrioni di frumento nelle anemie. — F. L. MCLAUGHLIN e R. H. HURST. L'equilibrio acido-base nell'epilessia.

Surg., Gyn. a. Obst., ag. — T. A. WILLIS. Artrite sacro-iliaca. — A. S. W. TOUROFF. Empiema infra-polmonare. — M. GRODINSKY e C. P. BAKER. L'anestesia spin.

Revue de Méd., giu. — Numero sulle malattie del polmone.

Paris Méd., 12 ag. — SCHACHTER e D. NEDLER. Ittero emotivo.

Journ. A. A. A., 22 lug. — M. A. GOLDBERGER e R. T. FRANK. Diagnosi ormonica della vitabilità della gravidanza. — R. FITZ. Il medico pratico quale insegnante.

Id., 29 lug. — G. H. BIGELOW e G. W. ANDERSON. Cura dei portatori di tifoide. — L. S. KUBIE e G. M. RETAN. Il drenaggio forzato del liquido c.-s.

Archives internal Med., lug. — M. A. KUGEL e S. S. LICHTMANN. L'ittero nelle cardiopatie. — G. E. WAKERLIN. Genesi dell'ipertensione essenziale. — H. H. HOPKINS. Trattam. della neurolue. — E. ZISKIN. Iperinsulismo. — F. M. MCPHEDRAN e E. L. OPIE. Tbc. polm. latente.

Amer. Journ. Med. Sc., ag. — D. AYMAN e al. Esame funzionale dei reni. — M. FELDMAN. Il duodeno sovrabbondante. — B. T. MCMAHON e E. H. KERPER. Guarig. delle caverne polmon.

Wien. Klin. Woch., 11 ag. — v. SAEBÒ. Tecnica della puntura della cisterna.

Deut. Med. Woch., 11 ag. — Numero sulla medicina sportiva.

Minerva Med., 11 ag. — F. MARCOLONGO. Tumore del IV ventricolo. — T. LUCHERINI. Leucemia acuta monocitica o reticolo-endoteliosi leucemica?

Clin. Med. Ital., ag. — N. FUCCI. Funzionalità epatica. — A. MANAI. Rapporti fra malaria, favismo e sifilide. — G. FERRARI. Reaz. di Brugsch.

Riforma Med., 29 lug. — A. ARCHI. Tbc. ilare e para-ilare. — T. DE SANCTIS MONALDI. Auto-vaccinoterapia in batteriemie transitorie da streptococco viridans.
Id., 5 ag. — G. SPICCA. Fissaz. del complem. nello zoster e nella varicella.
Deut. Med. Woch., 18 ag. — SCHNEIDER. Neurastenia e isteria: somatopatia e psicopatia. — STRUMPFEL e al. Contributi sull'eugenica.
Journal A. M. A., 5 ag. — J. H. MUSSER e D. O. WRIGHL. Ipertensione, obesità e iperglicemia.
Brux.-Méd., 13 ag. — R. VERHOOGEN. La morte improvvisa dei bagnanti.
Minerva Med., 18 ag. — F. CASANOVA e E. D'IGNAZIO. Endocardite vegetante aortica da brucella melitense.
Revue Neur., giu. — Resoconto della 13ª riunione neurologica internaz.
Ind. Journ. Med. Res., lug. — R. W. LINTON e D. L. SHRIVASTANA. Struttura antigena del vibrione colerico. — M. V. RADHAKRISHNA RAO. Esame della funzione epatica. — B. C. GUHA e P. N. CHAKRAVORTY. Vitamina B_2.
Presse Méd., 19 ag. — D. DANIELOPOLU. Meccanismo del tono cardio-vascolare. — R. LECOCQ. Critica sulle vitamine B.
Münch. Med. Woch., 18 ag. — W. WEYGANDT. Sterilizzaz. e castraz. pel miglioram. di razza.
Mediz. Welt, 19 ag. — G. BÜTTNER. L'insulina in chirurgia.
Wien. Arch. inn. Med., 15 ag. — R. BOLLER. La trasfus. di sangue. — J. BLÖCH e A. BERGEL. Ciclo ovarico e ricambio idrocarbonato. — S. WASSERMANN. Edema polmonare cardiaco. — W. LIEBERHERR. Terapia della febbre ondulante.
Folia Med., 30 giu. — G. CASO. Intossicaz. da nichelio.
Rif. Med., 12 ag. — T. DE SANCTIS MONALDI. Reazione al citochol. — E. MARAGLIANO. Immunizzazione tubercolare con bacilli morti (I. B. M.).
Brux.-Méd., 20 ag. — J. GOEDERTIER. Ossigenoterapia delle complicazioni polm. post-operatorie.
Jornal dos Clín., 15 giu. — A. DE ALMEIDA PRADO. Tumori dell'ipocondrio sin. — C. FERREIRE. Profilassi della tbc. nell'infanzia. — G. B. ALLARIA. Il problema dell'ospedalizzazione dei lattanti.
Proc. R. Soc. Med., ag. — Discuss. sulla nevrite. Casistica.
Journ. de Méd. de Lyon, 20 ag. — Numero sulle malattie dell'apparato diger.
Journal A. M. A., 12 ag. — F. W. RAUKIN. Curabilità del cancro del retto. — T. H. HARRIS e M. BODANSKY. Trattam. della policitemia vera. — P. A. O' LEURY e A. L. WELSH. Trattam. della neurolue con malaria.
Ann. Inst. Pasteur, ag. — R. RICHON. Assorbim. delle antitossine attrav. la pelle. — G. SANARELLI e A. ALESSANDRINI. Ultravirus tifico.
Giorn. di Batter. e Immun., ag. — A. GIOVANARDI e A. MONDOLFO. Bacilli tifici e paratifici isolati dai portatori. — U. CALVANO. Il colera sperimentale nel coniglio.
Wien. Klin. Woch., 25 ag. — RIEHL. L'infiammazione.
Arch. Urog. de Med. ecc., lug. — C. ESTABLE. Istofisiologia e istofisiopatologia del cuore. — A. NARIO. Caverne e frenico-exeresi. — J. P. URIOSH e R. A. PIAGGIO BLANCO. Le crisi sudorali come equivalenti dell'angina di petto e dell'edema acuto del polmone.
Riv. Ital. di Terapia, 30 lug. — J. JACONO e P. FORMICOLA. Chemioterapia delle micosi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 27 Novembre 1933 - XII Num. 48

"IL POLICLINICO,,

fondato nel 1893 dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI
Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DELLA MISERICORDIA E DOLCE DI PRATO.
Direttore e Medico primario: Prof. S. PISANI.

Sopra una particolare area di iperfonesi mobile nel pneumotorace.

Contributo clinico e radiologico alla diagnosi precoce del pneumotorace ed alla precisa valutazione del suo comportamento agli effetti di una efficace collassoterapia.

S. PISANI.

L'« area di iperfonesi pneumotoracica mobile » (a. i. pnt.m.) sulla quale intendo richiamare nuovamente l'attenzione dei Medici pratici, e sopra tutto dei Tisiologi, è un rilievo semeiologico che è già stato oggetto di una mia comunicazione preventiva al Congresso di Medicina Interna tenutosi in Roma nel 1924, ma che espongo solamente ora *in extenso*, perchè, trattandosi di cosa nuova, (1) ho voluto seguirne il comportamento in un numero molto ragguardevole di casi anche atipici e corredarne lo studio con ricerche di controllo sperimentali e radiologiche; le quali, mentre mi hanno fornito la piena conferma dei rilievi clinici già pubblicati, mi hanno però portato ad intraprendere ed a sviluppare una lunga serie di indagini integrative sopra qualche nuovo ed interessante problema di fisiologia e di fisiopatologia che soltanto ora posso considerare sufficientemente chiarito, almeno nei rapporti colla presente pubblicazione.

I. — DESCRIZIONE DELL'AREA DI IPERFONESI.

La a. i. pnt.m. è rappresentata da una zona di *suono toracico grave con tonalità scatolare* che si trova in tutti i pneumotoraci liberi non ipertesi, e che è facilmente differenziabile non soltanto dalle ottusità cardiaca epatica e

(1) Si tratta sopratutto di un rilievo contrastante con le opinioni correnti sul modo di distribuirsi del gas nella cavità pleurica: distribuzione uniforme a *guscio d'aria* attorno al polmone o tutt'al più tendenza a prediligere da principio le sedi corrispondenti alle lesioni parenchimatose più gravi, specialmente se distruttive.

splenica e dalla risonanza gastrica, colle quali (nelle circostanze che saranno esaminate più oltre) essa zona può confinare, ma altresì — e *questo è ciò che più interessa* — dal suono chiaro polmonare che se non circonda sempre tutta l'a. i. pnt.m., la delimita però sempre nei 3/4 almeno della sua circonferenza.

La a. i. pnt.m. ha una *sede*, una *grandezza* ed una *configurazione* che oltre a variare a secondo che il pneumotorace è a destra od a sinistra, variano altresì a secondo delle condizioni anatomo-patologiche della pleura, a secondo della entità del pneumotorace e, più ancora, a secondo del decubito in cui si esamina il malato.

A parte quindi la tonalità di suono — che praticamente possiamo considerare sem-

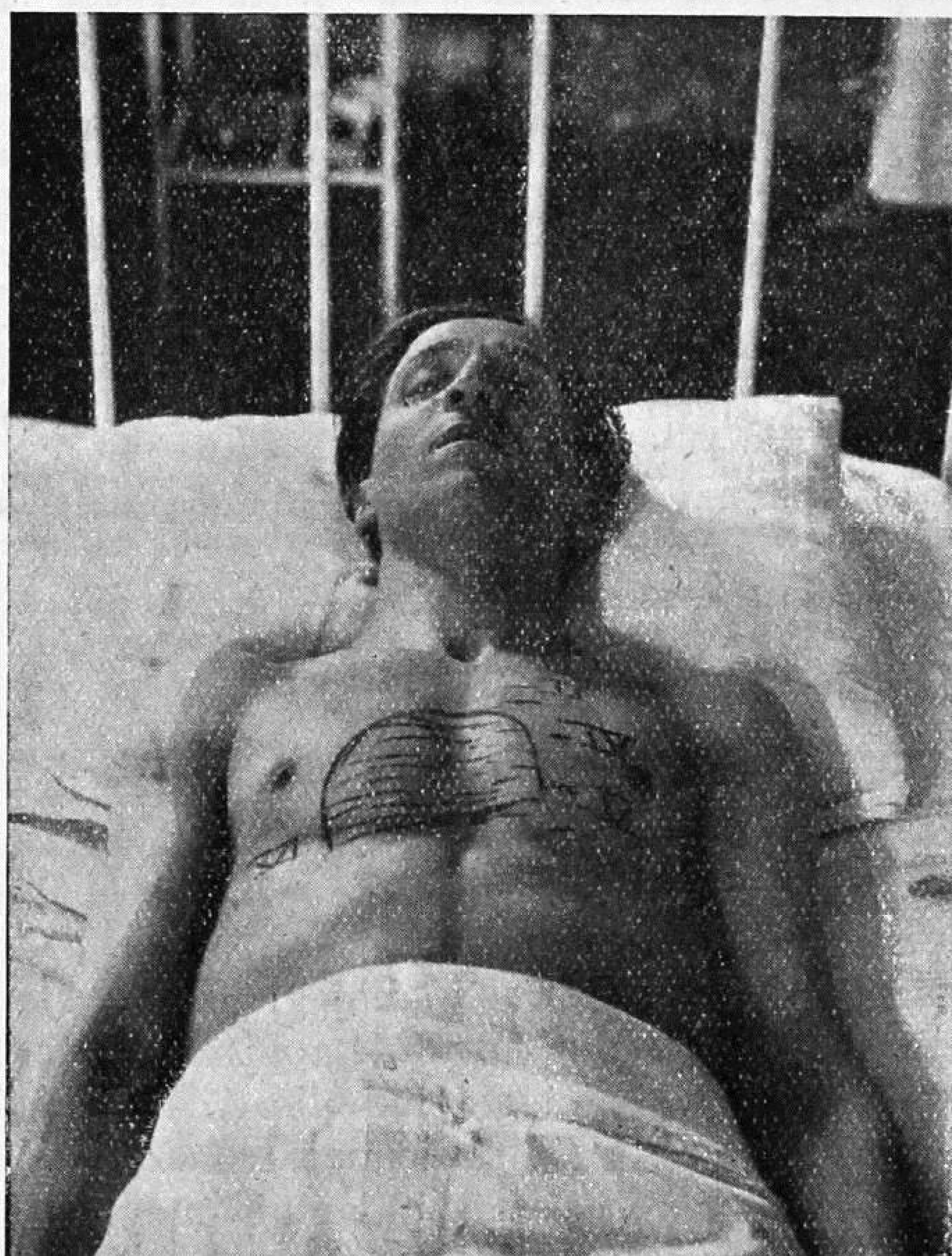


FIG. 1. — Decubito orizzontale supino. Pnt. D.

prè identica — l'a. i. pnt.m. si presenta con modalità assai differenti non soltanto da caso a caso ma anche nel medesimo soggetto, in rapporto appunto alle diverse modalità e circostanze in cui si ricerca.

Esiste tuttavia una circostanza nella quale le caratteristiche fondamentali dell'a. i. pnt.m. (sede, forma, grandezza, mobilità da decubito) appaiono identiche, direi quasi stereotipe, e questo è il caso di un pneumotorace terapeutico destro (2), libero da aderenze, ancora ipoteso. Sarà quindi opportuno che io dia anzitutto la descrizione dell'a. i. pnt.m. in questo caso classico; e comincerò col descrivere come essa si presenta allorchè si esamina il malato in decubito orizzontale supino, perchè questo semplificherà molto la descrizione di quanto si osserva negli altri decubiti e nelle altre contingenze.

A) *Comportamento dell'a. i. pnt.m. nel caso di un pneumotorace terapeutico destro libero ipoteso, a malato in decubito orizzontale supino.*

Nel caso di pneumotorace destro libero ipoteso, a malato in decubito orizzontale supino la zona di iperfonesi (v. fig. 1) è situata quasi



FIG. 1-bis. — Decubito orizzontale supino. Pnt. D.

al centro della parete toracica anteriore ed arriva: *in alto* alla inserzione sternale del terzo paio costale, *in basso* alla base dell'apofisi ensiforme, verso *sinistra* (parte sana) alla parasternale S., e verso *destra* (parte del pneumo) alla emiclaveare D.

Essa ha una forma « a campana » un po' schiacciata verso il lato sano, e ricorda nel suo profilo l'area di ottusità relativa di un cuore mitralico (nel caso speciale destroposto).

La forma dell'a. i. pnt.m. è adunque asimmetrica, ed infatti mentre il *confine laterale sinistro* (parte sana) è segnato da una linea quasi verticale che decorre press'a poco lun-

(2) A sinistra i reperti sono un po' modificati dalla presenza del cuore. La sonorità gastrica rende i rilievi più fini ma non difficili.

go la parasternale S. e scende in basso fin verso la quinta costa, il *confine laterale destro* (parte del pneumo) è invece fortemente obli-

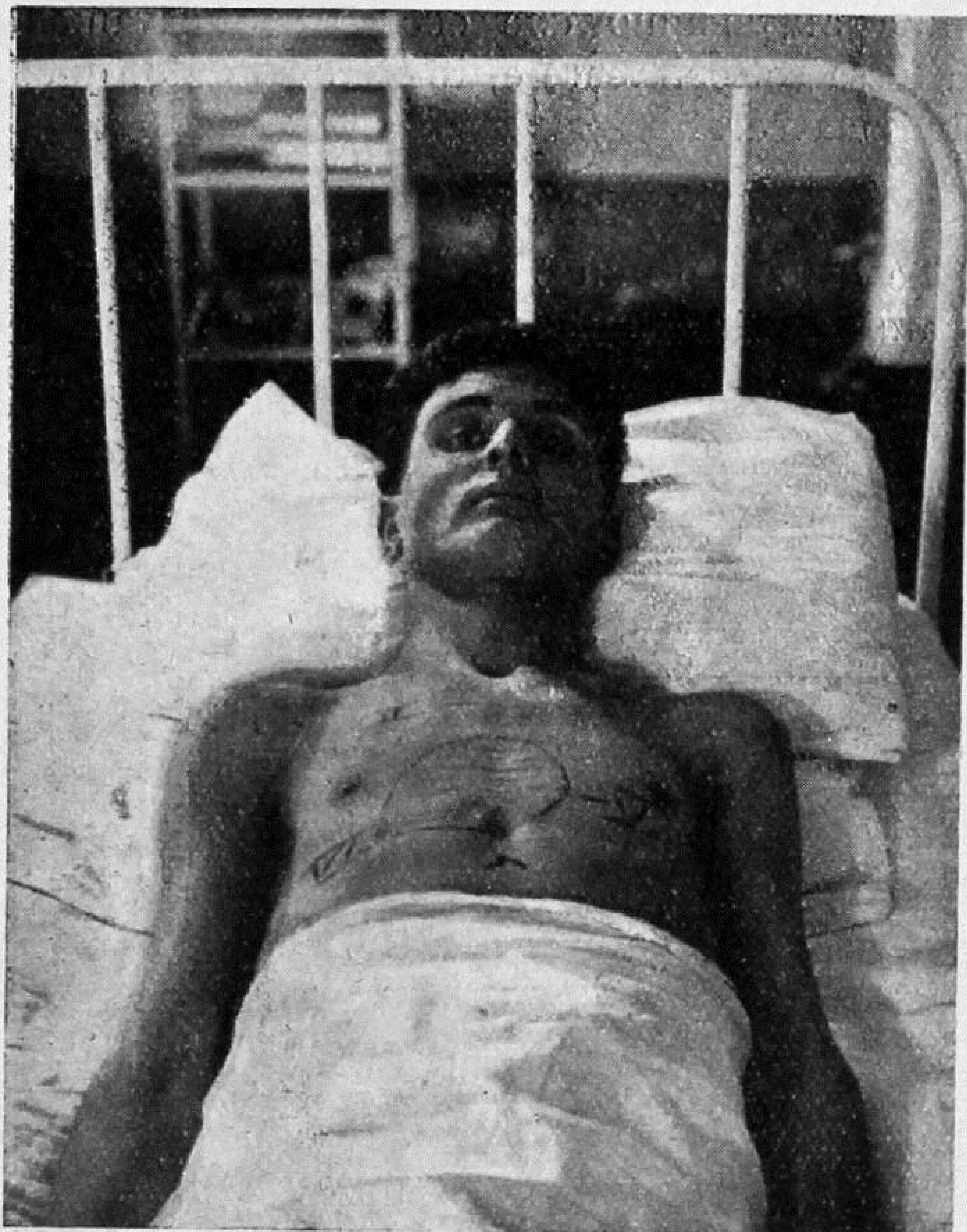


FIG. 1-tris. — Decubito orizzontale supino. Pnt. D.

quo e si spinge fino alla emiclaveare, raggiungendo in basso il bordo inferiore della sesta costa. Il *confine inferiore* della zona iperfonetica è a sua volta rappresentato da una linea retta che decorre dall'alto al basso e dall'interno verso l'esterno e che riunisce i due estremi inferiori delle linee di confine laterali. Non di rado però il confine inferiore è sostituito o da una linea curva svasata in basso (fig. 1-bis), oppure da una linea spezzata costituita da due segmenti che si incontrano sulla linea mediana, e di cui il segmento che corrisponde alla parte del pneumo suole essere più lungo e quasi orizzontale, mentre assai più breve e nettamente obliquo è il segmento dall'altro lato (v. fig. 1-tris).

B) *Comportamento dell'a. i. pnt.m. nel caso di pneumotorace terapeutico destro libero ipoteso, negli altri decubiti.*

Se invece che in decubito orizzontale si esamina il malato negli altri decubiti, la zona di iperfonesi cambia di sede e di forma, il che oltre a rappresentare la *caratteristica fondamentale* del nostro rilievo, ha anche somma importanza pratica e grande interesse dottrinale.

1) *Decubito laterale*:

a) *Decubito laterale omonimo al pneumo* (pnt. destro — decubito sul fianco destro). — Quando il malato decombe sul lato omonimo al pneumo l'a. i. pnt.m. risale *in toto* verso il lato sano, di 3 ctm. circa. Contemporaneamente la linea di confine da questo lato (parte superiore) si incurva fortemente, mentre la linea di confine verso la parte ammalata (parte inferiore) diventa pressochè retta (v. fig. 2). Nel contempo gli estremi cefalico e caudale della zona iperfonetica tendono ad allontanarsi, per lo più a spese di quello inferiore che si incurva, ma non sempre, verso l'epigastrio.

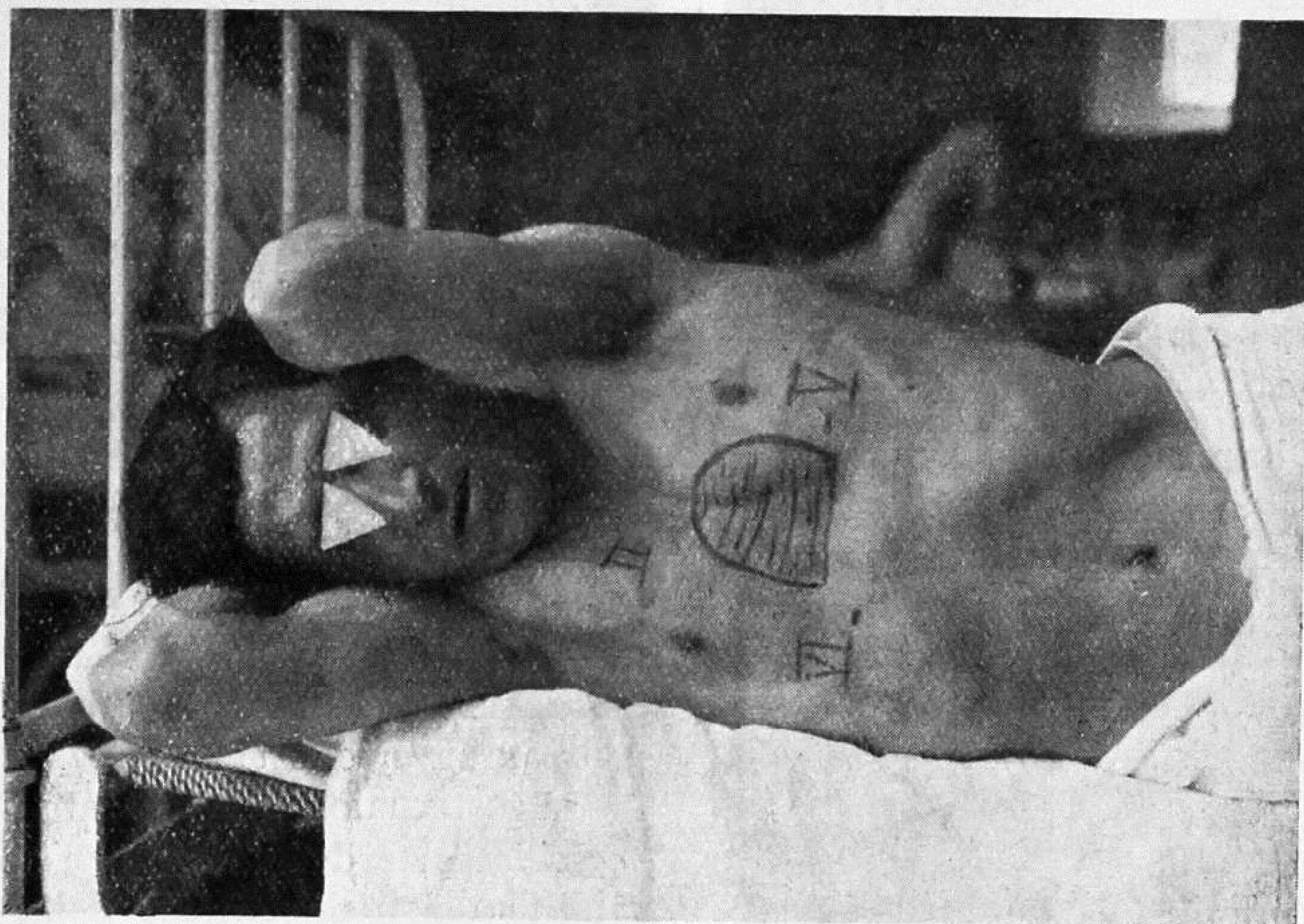


FIG. 2. — Decubito sul fianco destro, omonimo al pnt.

b) *Decubito laterale opposto al pneumo* (pnt. destro — decubito sul fianco sinistro). — Quando il malato decombe sul fianco opposto al pneumo, l'a. i. pnt.m. abbandona quasi completamente la regione toracica anteriore, per risalire nella parte più elevata della regione toracica laterale (dell'emitorace leso), foggiandosi ad ampia zona ovoidale che arriva in alto a 4 dita circa dal cavo dell'ascella, invade in basso il cul di sacco pleurico laterale inferiore (v. fig. 3) ed è delimitata, in avanti, dall'ascellare anteriore ed, indietro, dall'ascellare posteriore (3).



FIG. 3. — Decubito sul fianco sinistro (controlaterale al pnt.).

2) *Decubito seduto.*

Nel decubito seduto (v. fig. 4) la iperfonesi si fa strada verso il giugolo, invade la regione retro-manubrio-sternale e quella sovra e sotto claveare (dalla parte del pneumo), assumendo una forma triangolare con apice in basso all'altezza del 3° paio costale e base in alto. Nel decubito seduto quindi la zona di iperfonesi retrosternale inferiore per lo più scompare completamente, e, dello sterno, rimane ipersonora soltanto la parte alta.

(3) Qualche volta l'a. i. pnt. m. risale in alto solamente dopo che il malato si è girato per 2-3 volte sul fianco sano. Le ragioni appariranno facili e chiare dopo che avrò esposto il meccanismo di sede e di forma della zona iperfonetica.

Nei soggetti giovani scompare di solito qualsiasi traccia di iperfonesi anche sternale alta, e suole essere individuabile soltanto (v. fig. 5) una zona di iperfonesi scatolare omonima al pneumo che occupa esclusivamente la fossa sottoclaveare e, in minor grado, quella sopraclaveare.

3) *Decubito semi-seduto.*

Se il malato non è molto giovane e se viene esaminato in decubito semi-seduto (v. fig. 6), non è eccezionale che l'area iperfonetica si comporti come nel decubito preedente, ma è più facile che la iperfonesi si faccia strada verso l'alto *soltanto in parte*, venendo così a costituirsi una piccola zona triangolare di sonorità retro-manubrio-sternale e sotto-claveare, sovrastante alla zona iperfonetica primitiva, colla quale può mantenersi in diretta continuazione mediante un *corridoio* iperfonetico più o meno largo. Ne risulta allora, nell'insieme, (v. fig. 6) un'area di iperfonesi « ad anfora » che si estende su tutta la regione retrosternale, e che si laterizza più o meno verso la parte del pneumo, a secondo della cedibilità del mediastino e della entità del pnt.



FIG. 4. — Decubito seduto.

4) *Decubito orizzontale prono.*

Quando si esamina il malato in decubito orizzontale prono (v. fig. 7), la regione sternale tace, mentre invece è facilmente percuo-

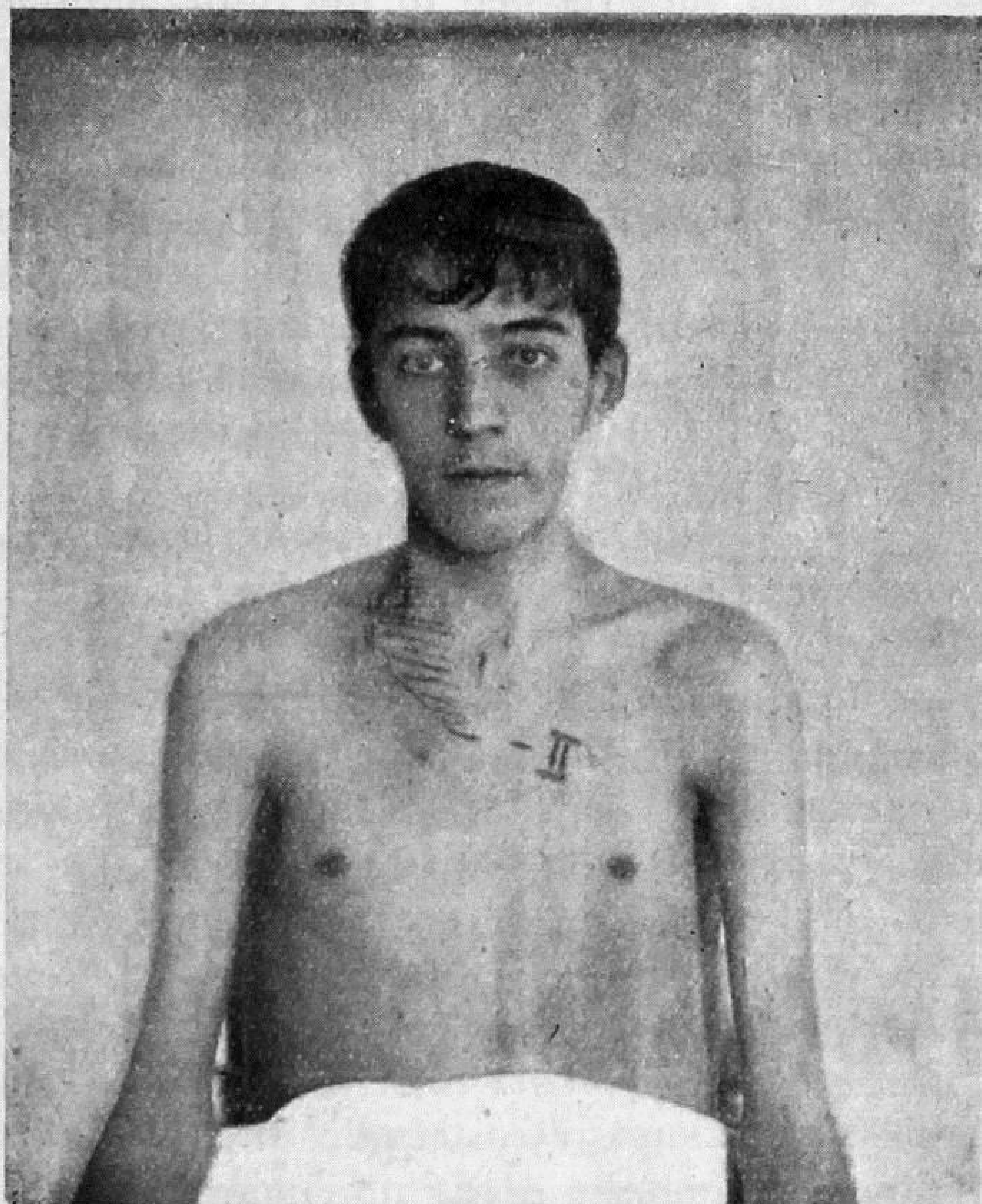


Fig. 5. — Decubito seduto.

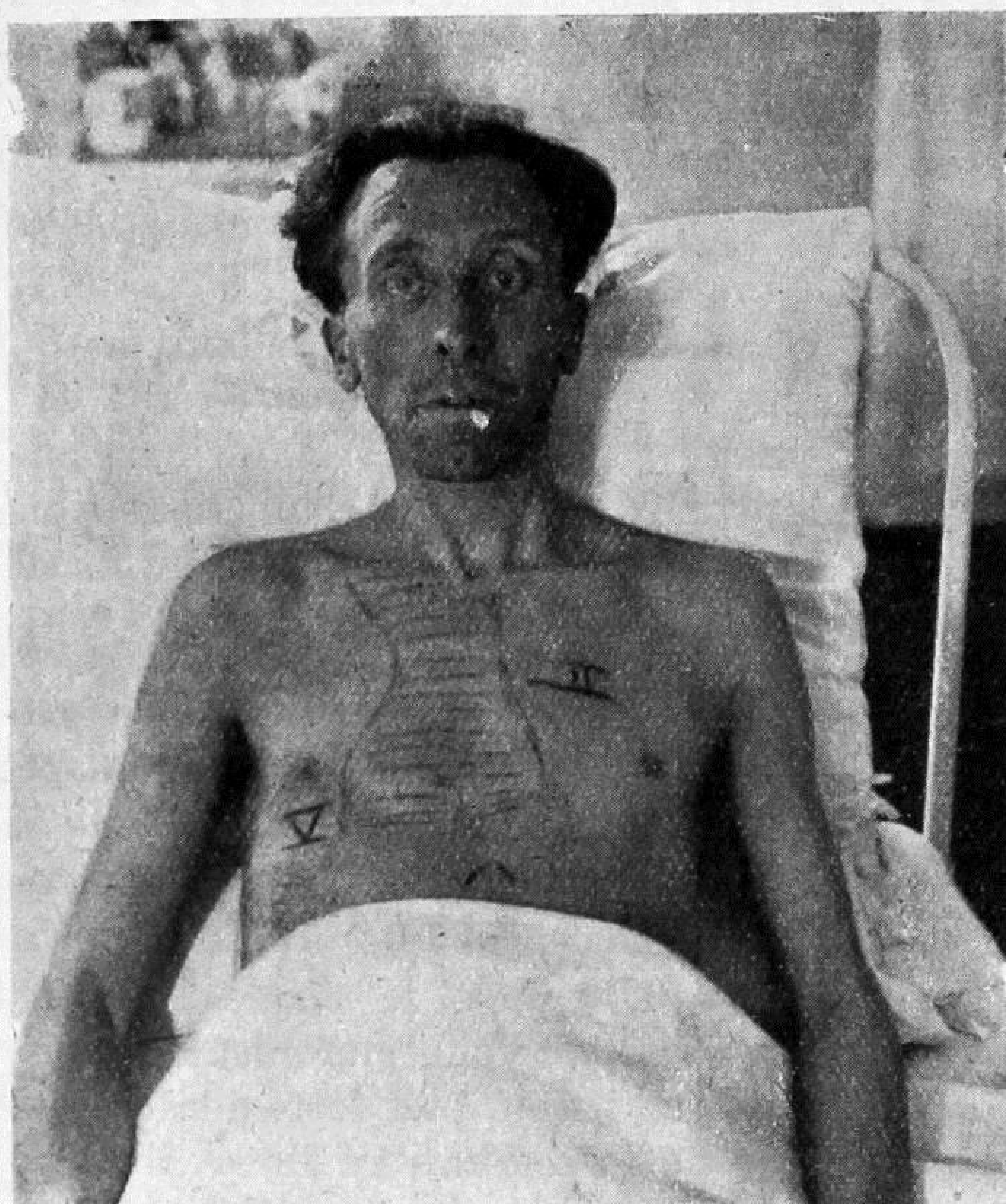


Fig. 6. — Decubito semiseduto



Fig. 7. — Decubito orizzontale supino. Pnt. a destra.

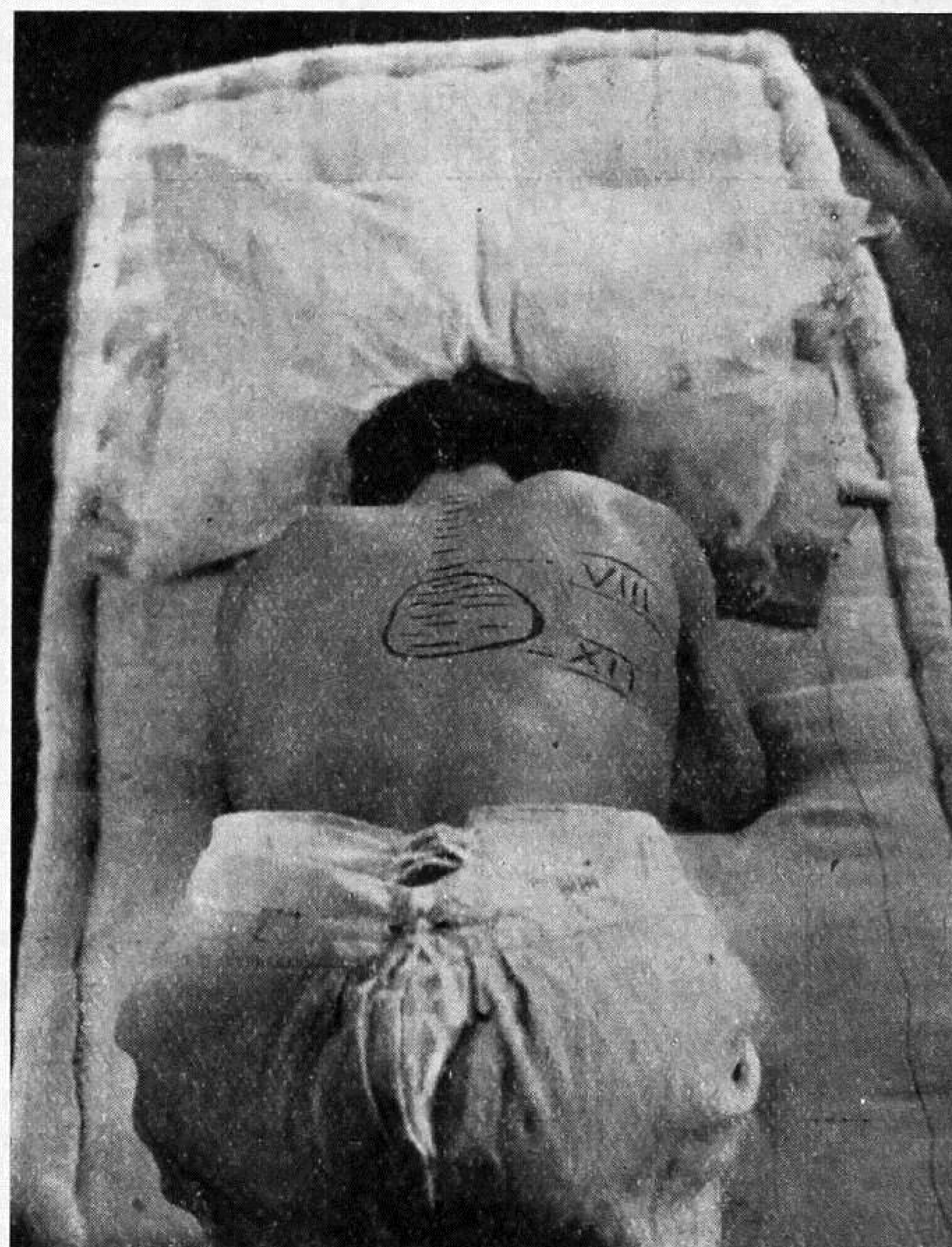


Fig. 8. — Decubito genu-pettorale. Pnt. a destra.

tibile una netta iperfonesi vertebrale e paravertebrale, omonima al pneumo, di forma ovoidale, ed estesa dalla 4ª alla 7ª vertebra dorsale.

5) *Decubito genu-pettorale.*

Anche in decubito genu-pettorale (v. fig. 8) scompare ogni traccia di iperfonesi toracica anteriore, mentre si rischiara in modo nettissimo il suono di percussione dalla 8ª alla 12ª vertebra dorsale, venendosi così a formare anche in questo caso un'area iperfonetica ovoidale, vertebrale e paravertebrale, omonima al pneumotorace, di solito piriforme.

C) *Comportamento dell'a. i. pnt.m. nel caso di pneumotorace libero, a varie pressioni endopleuriche.*

Quanto è stato fin qui riferito riguarda, come facevo notare da principio, il caso tipico di un pneumotorace dopo le prime introduzioni, e cioè con pressione endopleurica *ancora negativa* ma non più fortemente tale. Conviene ora che io esamini in breve il comportamento dell'a. i. pnt.m.: — nei casi di pneumotorace con pressione *fortemente negativa*, — in quelli con pressione *appena positiva*, — ed in quelli in cui la pressione ha dovuto raggiungere cifre *nettamente positive*, sempre riferendomi però a pneumotoraci perfettamente liberi.

a) *Nel caso di pneumotorace libero a pressione fortemente negativa* (1ª introduzione) si hanno reperti perfettamente sovrapponibili a quelli più sopra descritti, con la differenza che l'area di iperfonesi ha una sonorità di scatola meno tipica, dimensioni minori in ogni decubito, minore tendenza a risalire verso la regione retro-manubrio-sternale in decubito seduto ed a spostarsi verso la regione ascellare malata quando il paziente decombe sul lato sano.

b) *Nel caso di pneumotorace con pressione leggermente positiva*, l'a. i. pnt.m. è naturalmente più ampia che nel caso di pneumotorace ipoteso, è più sonora ed ha una spostabilità da decubito molto più pronta e più completa.

c) *Nel caso di pneumotorace libero con pressione nettamente positiva*, e cioè quando il pneumotorace sia totale, non è delimitabile nessuna area di iperfonesi, comunque configurata. L'emitorace è tutto ugualmente ipersonoro.

D) *Comportamento dell'a. i. pnt.m. nel caso di aderenze pleuriche.*

Nel caso di pneumotorace « imbrigliato », varie possono essere le evenienze a seconda della sede e della entità delle aderenze pleuriche. Basterà tuttavia che io mi limiti a prendere in considerazione il comportamento dell'a. i. pnt.m. nel caso di *aderenze mediastiniche anteriori*, perchè è questo il caso più interessante dal punto di vista pratico, e perchè la conoscenza delle anomalie di comportamento dell'a. i. pnt.m. in questo caso specifico, ne rende intuitivo il comportamento in tutti gli altri casi con aderenze comunque localizzate ed estese:

a) Se le aderenze interessano la *regione mediastinica anteriore-superiore* l'a. i. pnt.m. anteriore si forma come nel caso di pneumotorace totalmente libero, ma appare meno regolarmente conformata, è un po' più bassa e più piatta, e non può farsi strada verso il giugulo quando il malato si siede o si alza in piedi;

b) Se le aderenze interessano la *regione mediastinica anteriore-inferiore*, l'a. i. pnt.m. si limita ad una piccola zona di iperfonesi che occupa la regione retrosternale alta anche in decubito orizzontale, e che non può farsi strada, dietro lo sterno verso il basso, quando il malato solleva il bacino;

c) Se infine è aderente *tutta la regione mediastinica anteriore*, manca qualunque segno di iperfonesi retro-sternale alta e bassa, ma con attenta indagine sarà quasi sempre possibile rintracciare in una parte o nell'altra della regione toracica (anteriore, laterale o posteriore), una zona iperfonetica scatolare che sarà tanto più sonora e tanto più ampia quanto più abbondante sarà stata la introduzione di gas e più larga sarà la zona libera da aderenze.

Le zone iperfonetiche che si possono formare nei casi di pneumotorace *imbrigliato*, danno per altro un suono che è quasi sempre meno tipico di quello del pneumotorace libero, e vanno delimitate mediante una percussione che varierà di intensità caso per caso. (Talvolta giova assai il controllo della percussione ascoltata, praticata con un diapason da suoni gravi). Esse zone sono proteiformi ed assai meno mobili nei cambiamenti di decubito, sicchè la loro esatta individuazione e delimitazione potrà qualche volta riuscire piuttosto difficile.

E) *Comportamento dell'a. i. pnt.m. nel caso di pneumotorace spontaneo.*

Anche nel caso del pneumotorace spontaneo il comportamento dell'a. i. pnt.m. varia a seconda che si tratti di pneumotorace spontaneo libero o di pneumotorace spontaneo con aderenze pleuriche:

a) Nel *pneumotorace spontaneo libero* il rilievo dell'a. i. pnt.m. suole essere di reperto eccezionale trattandosi quasi sempre di pneumotoraci ipertesi e totali;

b) Nel *pneumotorace spontaneo con aderenze*, l'a. i. pnt.m. suole invece essere presente, ed è facile comprendere come essa si comporti: Atipia di sede, irregolarità di configurazione, sonorità sempre grave ma più alta ed immobilità o semi-immobilità da decubito, costituiranno invero le note caratteristiche dell'a. i. pnt.m. in questi casi.

F) *Comportamento dell'a. i. pnt.m. nel caso di idro-pneumotorace.*

Nel caso di *idro-pneumotorace*, il comportamento dell'a. i. pnt.m. ricalca, *grosso modo*, quanto si osserva nel pneumotorace senza liquido, salvo una sonorità di scatola meno grave ed una certa minore rapidità ed entità di spostamento da decubito.

(*Continua*)

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale Vittorio Emanuele III - Gorizia

Sezione chirurgica.

La narcosi endovenosa a base di Evipan sodico.

Prof. L. Sussi,
primario chirurgo e direttore medico.

La narcosi endovenosa non è un'acquisizione moderna. I primi tentativi risalgono a epoche molto lontane e precedono addirittura di secoli la pratica della narcosi per inalazione di cloroformio o etere.

Sigismondo Elsholz sembra esser stato colui che per primo si occupò di narcosi endovenosa poichè egli, stando a quanto narra Scheel (1802), già nel 1665 riuscì a produrre nell'esperimento delle narcosi profonde valendosi già allora di un preparato galenico di oppio. Che tale procedimento non abbia potuto trovare applicazione all'uomo si spiega oggi sufficientemente in base ai caratteri speciali e alla ben nota azione farmacologica dell'oppio.

Il fatto che nessuno dei metodi di narcosi per inalazione oggi in uso soddisfa pienamente il chirurgo, vuoi per l'insufficienza della narcosi vuoi per i pericoli immediati e tardivi cui una tale pratica va congiunta, vuoi infine per il trauma psichico, certamente individuale, che la narcosi arreca agli operati è stato l'argomento principale che ha spinto chirurghi e farmacologi alla ricerca di metodi semplici di narcosi, le cui caratteristiche dovrebbero appunto essere: la facilità del dosaggio, la semplicità dell'esecuzione, l'assoluta innocuità e la mancanza di controindicazioni.

La narcosi endovenosa a base di etere (L. Burkhardt), di hedonal (Palenoco), di cocaina (Ritter) escogitata sotto forma dell'anestesia totale non è stata coronata da successo, e così pure dovettero esser abbandonati i tentativi fatti da W. Keppler e F. Breslauer con numerose sostanze come bromuro di etile, idrato di cloralio, cloretano, veronal sodico, trionale, morfina e pantopon.

L'introduzione del pernocton messo nella pratica alcuni anni or sono ha segnato un passo in avanti nel problema della narcosi endovenosa ma non è stato il passo definitivo in quanto tale farmaco iniettato per via endovenosa permette di ottenere un sonno crepuscolare ma è insufficiente per darci una narcosi completa. Spetta a Wesse il merito di esser riuscito a confezionare un preparato di acido barbiturico denominato Evipan sodico che si presta ottimamente per una narcosi endovenosa totale e che si è già imposto presso i chirurgi di lingua tedesca, malgrado che la sua scoperta non risalga che appena ad alcuni mesi. Al congresso di chirurgia di quest'anno tenuto a Berlino Anschutz riferiva su parecchie centinaia di narcosi endovenose con l'Evipan e si pronunciava molto favorevolmente per ciò che riguarda la sua applicazione. Per averla poi personalmente usata egli ne è divenuto un sostenitore entusiasta.

Dato il largo consenso che l'Evipan sodico ha ormai ottenuto ho voluto anch'io introdurre nel mio reparto questo nuovo metodo di anestesia endovenosa. Visto poi che per quanto mi è stato possibile indagare nessuna pubblicazione nazionale esiste su tale argomento e considerato inoltre che trattasi di un vero progresso nel campo della narcosi, ho voluto con questa mia breve nota richiamare semplicemente l'attenzione dei chirurgi italiani su questo nuovo anestetico senza aver la pretesa di farne uno studio completo e evitando in linea generale di entrare in discussione per ciò che riguarda la composizione chimica del medesimo.

La mia esperienza si estende su 125 casi di narcosi endovenosa, cifra indubbiamente troppo modesta per permettere un giudizio definitivo ma che non manca tuttavia d'importanza in quanto essa, nel suo numero esiguo, conferma perfettamente i risultati ottenuti dalle numerosissime osservazioni rese note in Germania.

Gli interventi praticati in narcosi endovenosa sono i seguenti:

Laparatomie 4	7
Gastroenterostomie	3

Appendicectomie	8
Ernia inguinale	7
Erniotomie per ernia incarcerata	5
Riduzioni di fratture	12
Incisioni di favi	18
Incisioni di ascessi e di flemmoni	35
Amputazione di dita	6
Amputazione della mano	1
Emorroidi	2
Osteomelite	6
Estrazione corpo estraneo dalla vescica	1
Cistoscopia	3
Esame ginecologico	1
Raschiamento per aborto	41
Applicazione di forcipe	1
Incisione di paterecci	8

A prescindere di due casi nei quali si è resa necessaria l'aggiunta di poche goccie di etere la narcosi è stata negli altri casi perfetta. Per quanto riguarda la tecnica essa è estremamente semplice. Premetto che non sono mai ricorso alla preparazione dell'ammalato mediante la previa somministrazione di pantopon-morfina o di un preparato consimile e che per la preparazione della soluzione prescritta del 10 % non ho fatto mai uso della soluzione concentrata del 33 1/3 % ma che ho invece adoperato le fiale di Evipan già pronte, sciogliendo 1 gr. del rimedio in 10 cmc. di acqua distillata. Lo scioglimento è quasi istantaneo e la soluzione limpida come acqua di roccia. Posto l'ammalato sul tavolo operatorio ed ultimati tutti i preparativi si procede all'iniezione endovenosa, avendo cura di iniettare i primi 3 cmc. lentamente e progressivamente. L'ammalato va sin dall'inizio sorvegliato da un'apposita infermiera la quale deve cercare di sostenere e di spingere in avanti la mandibola, visto, che per il rilasciamento della musculatura essa tende a rovesciarsi all'indietro con minaccia di occludere le vie respiratorie.

Per ciò che riguarda il dosaggio è impossibile il voler cercare delle norme e ciò per il fatto, che in materia di narcosi grande importanza ha la disposizione individuale. Unicamente valore ha per questi casi l'effetto dell'iniezione e donde l'avviso di iniettare soltanto quella quantità della soluzione che è appunto sufficiente a produrre un sonno profondo. Nel mentre che in alcuni ciò si ottiene già con 4 cmc., per gli altri la dose deve esser portata a 10 cmc. Terminata l'iniezione si può incominciare l'atto operativo. All'inizio del sonno si notano talvolta delle contrazioni fibrillari della musculatura alle estremità ed anche ai masseteri che scompaiono tuttavia ben presto e che in ogni caso non disturbano l'andamento dell'operazione.

La durata della narcosi profonda durante la quale vi esiste un perfetto rilasciamento della musculatura variò nella mia osservazione da 15 a 25 minuti. Tale periodo può essere naturalmente aumentato iniettando al primo cenno di un risveglio nuovamente alcuni cmc. del narcotico, ciò che non comporta alcun pericolo, in quanto è noto, che vi ha un'eliminazione molto rapida dell'anestetico, per cui non vi esiste l'inconveniente dell'accumulo. Confesso ch'io non sono mai ricorso all'aggiunta dell'anestetico poichè ritengo, che l'Evipan debba esser riservato alle narcosi di breve durata e che meglio che di reiniettarne mi sembra la somministrazione di alcune gocce di etere. Un tale modo di procedere è ispirato dalla tema, che lesioni epato-renali potrebbero ciò non dimeno arrestare o ritardare l'eliminazione e condurre perciò a quella forma di accumulo che si è verificata talvolta ad esempio dopo l'iniezione di Salvarsan.

Il respiro si presenta subito dopo l'iniezione un po' superficiale e si fa per altro nel proseguo sempre più profondo. L'aspetto e il colorito della cute è generalmente ottimo. Una leggera cianosi che si osserva talvolta da principio e che è dovuta al crampo della musculatura cessa immediatamente con il rilasciamento della medesima.

Le pulsazioni controllate sull'arteria radiale si sono dimostrate sempre regolari, il polso pieno e uniforme. Nel sonno vi ha poi un rallentamento dei battiti ciò che più che all'azione del narcotico va secondo me attribuita all'abolizione dei riflessi psichici.

Per quanto riguarda poi i riflessi corneali e pupillari devo osservare, che il riflesso corneale sparisce ben presto e che esso ritorna appena verso la fine della narcosi. Le pupille poi si presentano dilatate sin dall'inizio e si restringono dopo brevissimo tempo per mantenere durante tutta la narcosi una posizione media. L'apparizione della reazione pupillare denota la fine delle narcosi.

Il risveglio si compie nella maggioranza dei casi silenziosamente come silenzioso è stato anche l'addormentarsi. In un solo caso che riguarda un potatore noi abbiamo notato uno stato di eccitamento. Nella grande maggioranza dei casi il risveglio è precoce e non avviene oltre i 30-40 minuti. Soltanto in alcuni dei nostri pazienti esso è stato più o meno tardivo, in quanto persisteva per alcune ore uno stato di sonno crepuscolare. Dato che proprio in questi casi trattavasi di potatori o di ammalati che avevano anche abusato di cibi, ritengo che il protrarsi di tale sonno sia dovuto al fatto che per lesioni del fegato nel quale come è noto avviene la detossicazione dell'E-

vipan, l'eliminazione dell'anestetico ha dovuto subire in questi casi un notevole ritardo. Io credo perciò che certe lesioni epatiche gravi debbano costituire una netta controindicazione all'uso dell'Evipan sodico, controindicazione che rimane tuttavia unica e che restringe di ben poco il suo campo di applicazione, campo che si estende anche agli ammalati in istato di progredito deperimento e di grave anemia. Va da sè, che l'età infantile non va presa in considerazione per tale malato.

La nostra esperienza depone indubbiamente per l'assoluta bontà della narcosi endovenosa con l'Evipan sodico, sia quale narcosi per gli interventi di breve durata sia infine quale narcosi base da protrarsi ulteriormente o con l'aggiunta di altre dosi di Evipan oppure di alcune gocce di etere. I suoi pregi stanno nell'innocuità del metodo, nella semplicità della pratica, nell'istantaneità dell'effetto e nell'abolizione di tutti i disturbi psichici che riguardano il periodo preoperatorio e il risveglio post-operatorio. Questo è il motivo principale che mi ha indotto a richiamare l'attenzione dei chirurgi su questa nuova specie di anestesia generale alla quale è certamente riservato un grande avvenire.

Gorizia, 18-9-1933-XI.

RIASSUNTO.

L'A. riporta il risultato di 125 narcosi endovenose praticate con l'uso dell'Evipan sodico in interventi di piccola e grande chirurgia e dopo aver rilevato la bontà del metodo si pronuncia in favore di tale pratica.

BIBLIOGRAFIA.

ANSCHÜTZ. Congr. chir., Berlino, 1933.
A. RAGOTZKY. Ther. der Gegenwart, 1933, p. 150.
E. SIMENAUER. Die Med. Welt, 1933, p. 491.
O. HONCAMP. Med. Klin., 1933, p. 1085.

Interlocuzioni al Convegno Volta.

Prof. MAURIZIO ASCOLI.

I. — *Sulla relazione Lecomte du Noüy*: « *Fenomeni fisico-chimici nell'immunità* ».

Non so se compiacermi col Presidente del Convegno più per la scelta felice dell'argomento di questa relazione di così viva attualità, che per averla affidata ad un rappresentante così eminente di questo indirizzo di studi.

Credo io pure che tutti possiamo sottoscrivere al concetto del relatore che l'essenza delle reazioni immunitarie sia di natura chimica. Sono invece di natura fisica o fisico-chimica gli *indicatori* che ci rivelano la reazione avvenuta: è pertanto chiaro che lo studio dell'immunità o meglio ancora la sierodiagnostica non può che guadagnare dall'approfondimento di questo lato del problema e dal moltiplicarsi di questi indicatori.

Al riguardo non dobbiamo troppo irrigidirci nelle distinzioni tra reazioni specifiche e reazioni cosidette di labilità, termine che vale soltanto a mascherare e suggellare la nostra ignoranza della loro natura. Tanto più che va tenuto presente che nella maggior parte dei casi in patologia umana il siero di sangue contiene entrambe le sostanze antagoniste capaci di reagire tra loro e le contiene in relativo equilibrio; ora noi possiamo romperlo sottoponendo i sieri a vari trattamenti fisico-chimici i quali aspecifici per sè, possono diventare rivelatori di fenomeni specifici svolgentisi in seno ai sieri.

Nella Clinica di Palermo recentemente ci siamo giovati con D'Alessandro di una speciale forma di reazione fisico-chimica; una reazione di opacificazione o di smescolamento ottenuta aggiungendo ad un cmc. di siero un cmc. di miscela di etere contenente 9 % di alcool. Applicando questa reazione a sieri neoplastici trattati con acido ricinolico o con estratti metilalcoolici di tumore, abbiamo ottenuto una mediocre percentuale di risultati positivi. Ma non è questo dell'applicazione pratica (data la relativa scarsità di risultati positivi e la sottigliezza della tecnica) l'aspetto notevole del problema; interessante è la circostanza che varie categorie di sieri considerati labili per eccellenza (gravide, tubercolosi, cirrosi epatica ecc.), tranne i diabetici da noi prese in considerazione danno reazione negativa. Risulta dunque che *i sieri neoplastici hanno una labilità propria e caratteristica*, circostanza che invita a proseguire le indagini in questa direzione.

II. — *Sulla relazione Doerr*: « *Anafilassi* ».

Compiacendosi col prof. Doerr, prende lo spunto dall'ultima osservazione di questo « che gli anticorpi devono poter esistere anche in una forma ancora ignota e latente ». Con i proff. Lucacer e Serio l'oratore ha visto un fenomeno di « *allergia alimentare sperimentale* » che offre una certa analogia con l'osservazione di Doerr.

Se ad un tubercoloso si iniettano sotto cute tre cmc. di albume d'uovo, si constata dopo 8 giorni che il soggetto è sensibilizzato ed offre in grado più o meno spiccato la caratteristica intradermoreazione. Se al soggetto così trattato si fanno ingerire due o tre uova crude, a distanza di alcune ore dalla ingestione il punto della intradermo già positiva si riaccende presentando arrossamento e tumefazione della cute che può raggiungere un'ampiezza di vari cm. La manifestazione si presenta sollevata sul livello della cute e al tatto dà la sensazione di cusci-

netto; è pruriginosa. La durata della reazione è alquanto protratta.

Questo fenomeno rappresenta, sia detto per incidenza, una conferma per altra via della dimostrazione da me data, or sono trent'anni, che gli albuminoidi del cibo passano in circolo (e nei casi di albuminuria nelle urine) senza spogliarsi delle loro caratteristiche biologiche.

Nel corso di queste indagini si è fatta un'altra osservazione: se cioè parallelamente o successivamente, all'iniezione di prova di albume se ne praticano altre con siero di cavallo o latte o tapioca od altro, si constata esito positivo più o meno spiccato di queste mentre si va estinguendo la reazione dell'albume, quasi che le nuove intradermo attirassero o sottraessero l'antigene dal focolaio di iniezione. Questo fenomeno può avere interesse per spiegare la polireattività dei tubercolosi e per la interpretazione della pluralità di reazioni positive in allergici spontanei qualora le reazioni siano praticate parallelamente o con breve intervallo con diverse sostanze, fra le quali l'allergene specifico.

Circa il fenomeno di allergia controlaterale osservato dal Chini, e le osservazioni analoghe già fatte dal Gratia sul fenomeno di Shwarzman, l'oratore ritiene trattarsi di un riflesso midollare dal meccanismo seguente: alla prima iniezione lo stimolo attraverso il midollo si trasmette al territorio omologo controlaterale, il quale attira pertanto a sè una parte della sostanza iniettata e così si sensibilizza esso pure.

III. — *Sulla relazione Kolle*: « *Immunità nella sifilide* ».

È stato egli pure colpito della frequenza dei casi di sifilide ignorata dai malati stessi i quali escludono in buona fede di avere mai contratto la malattia. Al riguardo desidera manifestare un'idea che da tempo gli è nata e che non ha la possibilità di sottoporre alla riprova sperimentale nel proprio Istituto; cioè se la sifilide non possa trasmettersi anche per via extragenitale, cioè per mezzo di parassiti come pulci, cimici, pidocchi, zecche, oppure se non sia possibile un'infezione attraverso cute o mucose integre.

Non deve essere difficile a chi ne ha la possibilità sperimentale di cimentare queste ipotesi al controllo dei fatti in animali adatti (conigli, scimmie).

IV. — *Sulla relazione Schilling*: « *Immunità nelle malattie protozoarie* ».

A proposito della comparsa, messa in luce dal chiaro relatore, di anticorpi parassiticidi capaci, nell'intervallo fra un parossismo e l'altro, di distruggere i parassiti in circolo, l'O. pensa che sarebbe opportuno suggellare questo rilievo di importanza fondamentale con altri controlli in cui anzichè siero umano normale si impieghi siero di sangue prelevato allo stesso soggetto poco prima dell'accesso, e siero di pazienti di altre forme morbose.

L'O. fa poi notare come la patologia della malaria possa giovarsi delle recenti acquisizioni sui serbatoi sanguigni, dei quali la milza notoriamente rappresenta uno fra i più importanti. Si dà il caso che un soggetto malarico, da mesi in buone condizioni, in seguito a un viaggio o ad un bagno o ad altre cause occasionali dopo poche ore è colto da un attacco febbrile: finora non sapevamo renderci ragione della provenienza di questa carica parassitaria necessariamente preesistente e matura, e tuttavia inoperante. Si può pensare che il ciclo parassitario si svolga in questi casi negli eritrociti chiusi e stagnanti in questi laghi sanguigni (condizione assai differente dalla concentrazione dei parassiti negli organi interni quale si osserva nelle forme perniciose) e che in tale condizione i parassiti non riescano a spiegare azione pirogena: ma ove sopraggiunga una causa occasionale che apra le chiuse e ne immetta il contenuto in circolazione, si ritorna alle condizioni ordinarie e l'attacco febbrile esplode nel volger di poche ore.

Ora noi ci siamo chiesti se questa seconda fase di annidamento del parassita nei serbatoi sanguigni senza febbre non possa utilmente combattersi collo stanare i germi dal loro rifugio e spingerli in campo aperto. Ciò può facilmente raggiungersi con metodiche splenocontrazioni artificiali; quali si possono ottenere squisitamente con iniezioni venose di quantità estremamente piccole di adrenalina a cominciare da 1/100 di mgr. per arrivare ad 1/20-1/10. Il punto essenziale sta nel ricorrere alla via endovenosa e alle dosi minime cennate mentre per la via muscolare od orale, in passato già usate, l'effetto è alquanto diverso.

Con questo trattamento abbiamo visto regredire tumori di milza anche considerevoli e tanto più quanto meno antica è l'infezione, intendendosi bene come il procedimento non possa certamente influenzare le fibrosi spleniche costituite e pertanto irreversibili.

Un'altra osservazione ancora ci è occorso di fare in queste ricerche: quelle della rapidità della ricostruzione della crasi sanguigna nei soggetti così trattati, il che fa pensare che effettivamente esista anche nella immunità antimalarica, come afferma il Schilling, un coefficiente umorale. Ciò ha indotto il mio collaboratore dott. Diliberto a istituire analogo trattamento in un caso di anemia perniciosiforme criptogenetica e con esito favorevole.

L'argomento è oggetto di studio ulteriore nella Clinica di Palermo; comunque risulta accertata l'azione giovevole di questo trattamento in qualche categoria di anemia perniciosiforme.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale del « Bambino Gesù » in Roma
Padiglione « Maria Salviati ».
Primario: prof. Ugo Mancini.

Contributo allo studio dell'infezione poliomielitica

per il dott. Giovanni Baronci, assistente.

La malattia di Heine-Medin, secondo rilievi statistici provenienti da tutto il mondo, risulta avere uno sviluppo irregolare ma progressivo. Essa ha la particolarità di presentarsi sotto forma di epidemie che insorgono improvvisamente; a tali epidemie fanno seguito dei periodi generalmente lunghi in cui si osservano solo dei casi sporadici. La morbilità, a seconda delle Nazioni e delle epidemie, varia da 18,7 a 120,1 per 100.000 abitanti. La mortalità pure varia notevolmente a seconda delle epidemie: in Svezia, nel 1911-13 si ebbe il 10,8 % di mortalità, a New-York nel 1926 il 26,95 %.

È una malattia infettiva e contagiosa dovuta ad un virus filtrabile che, secondo flexner e Noguchi, sarebbe un cocco estremamente piccolo. Le porte d'ingresso del germe sono rappresentate dalle vie aeree superiori (mucosa naso-faringea) e forse anche dal canale digerente. Le vie di eliminazione ordinarie del virus sono le secrezioni del naso e della gola.

Nella trasmissione di questa malattia hanno importanza notevole i portatori di germi, che non presentano fenomeni morbosi, neppure sotto forma abortiva, della paralisi infantile epidemica. Conosciamo, a parte la predisposizione per le contrade rurali, altre due condizioni predisponenti all'insorgere di questa malattia: la stagione e l'età. Essa si può presentare in ogni stagione dell'anno, ma specie in estate e in autunno, nell'emisfero settentrionale, dal dicembre al maggio in quello australe. Predilige, inoltre, l'età infantile, specie fino al 5° anno. Nell'epidemia di New York, l'82 % dei colpiti fu al disotto dei 5 anni e il 97 % al disotto dei 10. Però se la malattia diminuisce in frequenza con l'età, ne aumenta invece la gravità e la mortalità. Così pure la mortalità relativa aumenta durante l'inverno in cui i casi sono meno numerosi.

La poliomielite anteriore acuta appartiene al gruppo delle encefalomieliti non suppurative: essa ha una particolare predilezione per la sostanza grigia anteriore del midollo spinale, però può dare anche localizzazioni extramidollari. La più accettata è la suddivisione di Wickman in otto forme diverse:

1) la forma spinale poliomielitica;
2) la forma rassomigliante alla paralisi di Landry;
3) la forma bulbare o pontina;
4) la forma encefalica (questa comprende casi con movimenti coreici e tremore cerebrale acuto e casi con paralisi dei nervi cranici, isolate o associate, a paresi o paralisi degli arti: monoplegie, emiplegie);
5) la forma atassica;
6) la forma neuritica;
7) la forma meningea;
8) la forma abortiva.

Esistono, inoltre, delle forme miste (ad esempio con sintomi neuritici e meningitici).

Nell'infezione poliomielitica che colpisce la meninge, sia cerebrale che spinale, si ha una spiccata rigidità della nuca e della colonna vertebrale, rigidità dolorosa che si accompagna a modificazioni del liquor e spesso ad una compartecipazione sia delle radici che dei tronchi nervosi. In questi casi si può parlare di una meningo-radicolite o di una polinevrite da malattia di Heine-Medin. Questa polinevrite, specie all'inizio, può manifestarsi con dolori spontanei e provocati alla pressione dei tronchi nervosi, senza modificazioni apprezzabili della sensibilità sia superficiale che profonda e talora anche con conservazione dei riflessi tendinei. L'analisi quantitativa delle sostanze riducenti nel liquor può essere in questi casi di grande aiuto diagnostico. Infatti le sostanze riducenti si trovano sempre normali o aumentate (iperglicorrachia) mentre nelle altre forme meningitiche (meningite tubercolare, meningiti purulente) le sostanze riducenti sono diminuite o addirittura assenti.

Diversi autori hanno già fatto menzione di sindromi polinevritiche nel decorso di una poliomielite acuta. Già Strümpell nel 1884 ci parlava dei rapporti tra poliomielite e polinevrite. Raymond nel 1897 e 1899 affermava che non esiste nessuna vera frontiera tra le due malattie, sotto il rapporto etiologico e patogenetico. Wickman nell'epidemia svedese del 1903 ha avuto più volte occasione di osservare sintomi polinevritici nella poliomielite, tanto che ne ha fatto una forma a sè. Egli dice che durante epidemie di poliomielite acuta si hanno non pochi casi che se fossero comparsi isolatamente sarebbero presi sicuramente per polinevriti. Si tratta di casi che si presentano con dolori iniziali spontanei e sensibilità alla pres-

sione sui tronchi nervosi. Questi casi possono andare a guarigione, come anche residuarne paralisi permanenti.

Valagussa, Chura ci parlano pure di sintomi polinevritici nella poliomielite.

Müller parla anche della forma polinevritica della paralisi infantile e così pure di forme abortive con sintomi meningitici e polinevritici, senza disturbi evidenti di natura spinale. Egli pure afferma che in parecchi di questi casi si pensa piuttosto ad una malattia dei nervi periferici. In casi antichi si possono produrre naturalmente nei nervi periferici delle alterazioni sotto forma di degenerazione secondaria. In quelli recenti è possibile che il virus circolante nel sangue provochi la formazione di infiltrati infiammatori nei nervi periferici (che però da Wickman e da Mönckeberg non sono stati riscontrati. Jordi (1931) invece ha trovato alterazioni infiammatorie nei nervi periferici in 17 su 20 casi di poliomielite sperimentale su scimmie. Le alterazioni, simili a quelle descritte da Nicolau, Dimancesco-Nicolau e Galloway, si trovarono anche in nervi di estremità non paralizzate). Potrebbe anche darsi che il processo infiammatorio nella poliomielite si propaghi per via discendente dal midollo spinale lungo le meningi ai nervi periferici. Meno probabile è l'ipotesi che si tratti di una lesione dei nervi periferici ematogena, puramente tossica, dovuta ai prodotti del ricambio che si producono durante l'infezione. Hoff ritiene che i dati della puntura lombare possano essere utili per la diagnosi differenziale, giacchè solo nelle poliomieliti si troverebbero aumento della pressione e aumento del contenuto di albumina. Però Fumarola dice che nella polinevrite vi può essere una lieve iperalbuminosi.

Anche Oppenheim afferma che il fattore causale della paralisi infantile può colpire il sistema nervoso periferico e produrre processi neuritici, risultandone così delle forme miste di poliomielite e polinevrite; quindi nel decorso di una epidemia di paralisi infantile bisogna sempre pensare a questa malattia, anche in casi con chiari sintomi neuritici. Tuttavia, anche se in singoli casi di poliomielite vengono colpiti i nervi periferici e benchè nella polinevrite si abbiano spesso modificazioni spinali, bisogna distinguere sempre nettamente queste due malattie.

*
* *

Riferisco ora brevemente su di un caso di polinevrite da me osservato nell'Ospedale del « Bambino Gesù ».

F. S., di anni 6.

Entra in Ospedale il 22-XII-1932-XI.

Nell'anamnesi famigliare risulta alcoolismo paterno. Non lues nè tubercolosi. La bambina ha due sorelle viventi e sane. Abita in casa salubre, soleggiata. È nata a termine, ha avuto allattamento materno fino a 10 mesi, è stata vaccinata (per il vaiuolo), ha avuto pertosse a 3 anni, morbillo a 5 anni.

I genitori raccontano che la bambina circa 10 giorni prima del suo ingresso in ospedale, cioè verso il 12 dicembre, ha avuto febbre elevata, che non è stata però misurata. per la durata di circa 20 ore. La bambina nei due giorni successivi è stata a riposo, dopo i quali, in condizioni di perfetto benessere, se si eccettui una lieve dolenzia alla gamba destra, è tornata alla scuola. In quel giorno la bambina è caduta mentre scendeva le scale (pare in seguito ad una spinta ricevuta da una compagna) senza però prodursi alcuna lesione. Nei giorni successivi la bambina ha continuato ad avvertire dolori di media intensità ad entrambe le cosce e alle regioni surali, per cui la deambulazione è divenuta molto difficile. Presentava, inoltre, tosse e intensa cefalea. I genitori non hanno mai misurato la temperatura della bambina.

Esame obbiettivo della bambina al suo ingresso in ospedale (22-XII-1932-XI).

Condizioni generali di nutrizione e sanguificazione buone.

Lingua umida, patinosa.

Faringe: notevolmente arrossato con tonsille tumefatte, specie la sinistra.

Torace: nulla di notevole alla percussione e all'ascoltazione.

Cuore: nei limiti, toni netti.

Addome: trattabile, indolente.

Organi ipocondriaci nei limiti normali.

Esame del sistema nervoso: decubito preferito laterale con atteggiamento delle gambe a canna di fucile. Non deficit motori a carico dei nervi cranici. I movimenti attivi e passivi dei muscoli del tronco e degli arti sono possibili e bene conservati. Anche la forza muscolare è normale. Si osserva solo notevole rigidità della colonna vertebrale, specie nelle sue sezioni cervicale e lombare. Presenza di Kernig e di Brudzinski.

Sensibilità tattile, termica e dolorifica normale. I tronchi nervosi sono notevolmente dolenti alla pressione in corrispondenza delle regioni anteriori delle cosce, alle regioni poplitee e ai polpacci. Lasègue positivo bilateralmente.

Pupille uguali, di media ampiezza, bene reagenti.

Riflessi degli arti superiori normali. Addominali presenti. I riflessi patellari sono debolissimi, specie a sinistra. I riflessi achillei non sono provocabili. I riflessi plantari appaiono normali. Non vi è atassia. La deambulazione è incerta, ma per nulla caratteristica.

La bambina non ha mai presentato elevazioni termiche durante la sua permanenza in ospedale.

22-XII-1932: Viene praticata alla bambina una puntura lombare: si estraggono circa 15 cmc. di liquido cefalo-rachidiano che fuoriesce a getto. Il liquor è limpido, incolore; presenza di evidente reticolo non a ragnatela, bensì a dito di guanto. Albumina 0,50 ‰. Nonne negativa. Pandy leggermente positiva. Sostanze riducenti non diminuite. Scarsa linfocitosi.

25-XII-1932: Viene praticata una seconda puntura lombare: si estrae del liquor a gocce ravvicinate, limpido, incolore, in quantità di circa 15 cmc. Nonne positiva. Pandy positiva. Albumina 0,70 ‰. Sostanze riducenti normali. Normali sono anche le reazioni colloidali. Reazione Wassermann negativa. Nel sedimento lieve linfocitosi. Dopo l'estrazione del liquor si iniettano nel cavo rachideo 2 cmc. di Urotropina Schering in soluzione al 40 %.

26-XII-1932: Permane ancora la rigidità nucale e la dolenzia, sebbene diminuita, alla pressione sui tronchi nervosi degli arti inferiori.

27-XII-1932: I riflessi patellari, benchè deboli, si provocano più facilmente che nei giorni precedenti. I riflessi achillei prima assenti, sono ora presenti d'ambo i lati.

Seconda iniezione intrarachidea di Urotropina Schering al 40 % (cmc. 4), previa fuoriuscita di altrettanti cmc. di liquor: il liquor limpido, incolore, esce a gocce distanziate. Pressione iniziale al Claude in decubito laterale, 8; dopo pressione sulle giugulari 25. La bambina è un po' agitata.

29-XII-1932: Terza iniezione intrarachidea di Urotropina Schering (5 cmc.). Anche questa volta il liquor che si estrae in precedenza è limpido, incolore. Pressione iniziale al manometro del Claude 17 (decubito laterale). Dopo pressione sulle giugulari 40. La bambina è notevolmente agitata durante la puntura.

30-XII-1932: La rigidità nucale appare diminuita. Kernig presente Brudizinski assente. Lasègue presente bilateralmente. L'andatura è sempre incerta.

31-XII-1932: Quarta iniezione intrarachidea di Urotropina Schering (5 cmc.) previa estrazione di 5 cmc. di liquor limpido, incolore. Pressione iniziale al Claude 17: però la bambina è fortemente agitata durante la puntura.

3-I-1933: Persiste ancora lieve Kernig e Lasègue bilaterale.

5-I-1933: Quinta ed ultima iniezione intrarachidea di Urotropina Schering al 40 % (5 cmc.) previa estrazione di liquor (circa 5 cmc.) con i soliti caratteri. Dopo questa puntura lombare la bambina ha avuto intensa cefalea, durata circa 24 ore.

9-I-1933: La bambina ha notevolmente migliorato. Non si nota più rigidità nucale, nè Kernig nè Brudzinski. Persiste ancora una dolorabilità alla pressione sui polpacci. I riflessi patellari ed achillei sono ora vivaci. La deambulazione è divenuta pressochè normale, leggermente incerta nella corsa.

15-I-1933: Si pratica puntura lombare; si estrae del liquor limpido, a gocce ravvicinate, che all'esame dà: albumina 0,10, Nonne negativa, Pandy negativa, sostanze riducenti normali, reazioni colloidali normali, reazione Wassermann negativa. Al sedimento non si ha più linfocitosi.

16-I-1933: Persiste ancora modico Lasègue bilateralmente.

Nei giorni successivi la bambina non si lamenta più di dolori agli arti inferiori e viene dimessa guarita il giorno 29-I-1933.

La cutireazione praticata alla bambina il 27 dicembre è stata negativa. Risultato negativo hanno avuto pure ripetute analisi di urina.

Nel caso ora descritto si hanno, quindi, importanti sintomi polinevritici: dolore alla pressione sui tronchi nervosi degli arti inferiori, il Lasègue bilaterale, la scomparsa dei riflessi achillei, ecc. Bisogna però stabilire se si tratti di una polinevrite propriamente detta ovvero di una forma polinevritica della malattia di Heine-Medin.

Vi sono diversi motivi che ci parlano per una forma polinevritica di paralisi infantile.

Bisogna innanzi tutto tener presente che la polinevrite nei bambini, ad eccezione della forma difterica, è una malattia molto rara. Per quanto riguarda l'anamnesi, l'inizio della malattia è stato tipico per una poliomielite (inizio improvviso con febbre elevata durata circa 20 ore). Inoltre, nel caso descritto vi è mancanza di disturbi della sensibilità, che invece si presentano di regola nella polinevrite propriamente detta. Parla naturalmente ancor più per una poliomielite la sindrome meningea che la bambina presentava. Così pure l'esame del liquor: bisogna però notare che anche nella polinevrite si può avere modica linfocitosi e lieve iperalbuminosi.

Il sospetto, che poteva forse insorgere nei primi giorni di malattia, che si fosse potuto trattare di una lesione tubercolare delle meningi, lo si esclude facilmente, pensando all'inizio brusco, al decorso, all'esito favorevole, alla cutireazione negativa, alla presenza del reticolo a dito di guanto e non a ragnatela nel liquor, alle sostanze riducenti in quantità normale nel liquor stesso, ecc.

Molte ragioni propendono, quindi, per ascrivere il caso sopra riferito ad una forma polinevritica della paralisi infantile considerato anche che tanto forme lievi, quanto forme gravi di detta malattia possono guarire completamente senza lasciare relitti.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver fatto alcune considerazioni sulla infezione poliomielitica, specie sulle sue forme anomale a tipo meningitico e polinevritico, descrive un caso di polinevrite da probabile infezione poliomielitica con sindrome meningea con esito in guarigione completa.

BIBLIOGRAFIA.

CASAGRANDI. *Trattato Italiano di Igiene.* Vol. VI, fasc. II, Unione Tipografico-Editrice Torinese. Torino, 1932.

CHURA, APOIZ J. *Heine-Medinsche Krankheit.* Cas lék cesk, 1931, II, 1809-1818. Zentralflatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1932.

FUMAROLA. *Diagnostica delle malattie del sistema nervoso.* Parte speciale I e II; Roma, Pozzi, 1923-1926.

JORDI A. *Interstitial peripheral neuritis in experimental poliomyelitis.* Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Band 1932.

MOHR-STAEHELIN. *Trattato di Medicina Interna.* Vol. I, Parte I: *La paralisi infantile epidemica* (Müller), Soc. Editr. Libraria, Milano, 1926.

OPPENHEIM. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten.*

STRÜMPELL. *Trattato di patologia speciale medica e terapia,* Vallardi, Milano, 1928.

VALAGUSSA. *Consultazioni di clinica, dietetica e terapia infantile,* Roma, Pozzi, 1922.

WICKMAN Dr. IVAR. *Beiträge zur Kenntnis der Heine Medinschen Krankheit.* Berlin, 1907. Verlag von S. Karger.

WICKMAN. *Ueber akute Poliomyelitis und Polyneuritis,* Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. Orig. 4,54, 1910.

DIVAGAZIONI

Un flagello della civiltà moderna: il rumore.

Dopo lungo silenzio la quistione dei rumori torna in discussione. Se ne parla in tutto il mondo, dovunque si reclamano provvedimenti intesi a limitare la produzione dei rumori non necessarî.

Ma là dove l'inconveniente ha raggiunto proporzioni allarmanti e non più sopportabili è purtroppo il nostro paese. Nelle grandi città italiane la intensità e la varietà dei suoni provenienti dalle strade, dalle botteghe, dalle case rendono una sinfonia... futurista delle meno gradevoli, delle più deleterie.

Gli stranieri che visitano il nostro paese se ne rendono conto più di noi, e manifestano il loro disappunto perchè la solennità e la dolcezza dei nostri paesaggi, le bellezze dei nostri monumenti sono turbati dal fracasso che domina dovunque e dal quale non si riesce a sottrarsi. Di questo stato d'animo ha dato manifestazione pubblica il più vecchio e più diffuso giornale umoristico del mondo, il *Punch*, il quale ha riprodotto una grande figura del Duce con l'augurio che egli « renderà Roma altrettanto silenziosa quanto grande ».

Vero è che le nostre città non sono state mai segnalate per la loro silenziosità. È vecchio il motto di spirito del viaggiatore che proveniente dall'estero giunto alla stazione di Chiasso esclamava « Chiasso: chiasso ».

Ma da che le città sono diventate più popolose e si sono sviluppate le industrie, da che si sono meccanizzati i mezzi di trasporto, da che si è diffusa la radio, la rumorosità ha raggiunto altezze iperboliche, forse non registrabili dagli apparecchi che gli americani hanno inventato per misurare l'intensità dei rumori.

Il fatto si accentua sempre più ed in progressione geometrica. Il rumore crea il rumore. La segnalazione acustica per essere efficace deve superare le concorrenti. Il venditore ambulante deve gridare la sua merce in modo da sorpassare gli altri rumori. Parlare a bassa voce non è più possibile per le strade, non ci si intenderebbe.

Di giorno quando le vie sono più affollate di veicoli e di pedoni, quando i mercati stradali sono in piena funzione il clamore per la varietà dei suoi componenti, per la sua intensità è indescrivibile. E nelle ore della sera quando ci si rifugia a casa nella speranza di dare ai propri sensi ed allo spirito un po' di pace, s'inizia il tormento della radio, che i vicini esibiscono con le sue danze selvagge, con il regolatore di volume girato in pieno perchè si possa apprezzare la potenza dell'apparecchio.

E così l'orecchio ed i nervi sono in continuo sussulto.

Quali siano gli effetti di questo stato di cose sulla salute dei cittadini è facile comprendere. Naturalmente primi a risentirne danno sono l'apparato uditivo ed il sistema nervoso.

Edison disse che se si lasceranno procedere le cose liberamente, tenendo conto esclusivamente delle necessità delle industrie e dei trasporti, l'uomo dell'avvenire sarà sordo. Anche senza accettare questa profezia pessimistica del grande sordo, è certo che l'organo dell'udito non rimarrà illeso sotto l'azione di continue e forti eccitazioni.

A differenza dell'occhio che può difendersi dagli eccessivi stimoli luminosi con la contrazione dell'iride, con la chiusura delle palpebre, l'orecchio non ha alcuna protezione, è sempre pronto a ricevere le eccitazioni sonore. E mentre la retina può essere impressionata dalla luce solo attraverso la pupilla, l'organo di Corti può essere stimolato non solo per la via del condotto uditivo, ma anche per via ossea.

L'organo della vista è più perfetto perchè più antico. D'altra parte la mancanza di protezione dell'organo uditivo risponde ad una necessità di difesa. In ogni momento l'uomo, durante la veglia e durante il sonno, deve essere in grado di avvertire i rumori in modo da difendersi dai pericoli.

L'esposizione prolungata alla luce intensa produce offuscamento della vista fino all'accecamento, grave cefalea, e disordini nervosi di vario genere. Il supplizio che i Cartaginesi inflissero ad Attilio Regolo è dei più raffinati.

Disturbi dello stesso genere, quantunque meno accentuati, sono prodotti dalle continue eccitazioni visive, sia pure meno intensi, dal continuo sforzo di accomodazione. Tutti hanno potuto sperimentare queste sofferenze a seguito di una prolungata visione cinematografica o di una lunga lettura.

Fatti analoghi avvengono per l'udito.

Un fragore straordinariamente intenso può provocare ottundimento dell'udito ed anche

sordità improvvisa, nonchè un complesso di disordini nervosi, come si è verificato durante la guerra.

Come la luce diffusa ed armonicamente colorata provoca un senso di pace e di benessere, i suoni musicali, la melodia del canto, l'armonia delle sinfonie, inducono emozioni gradite.

Il conglomerato invece di rumori discordanti non può che riuscire spiacevole e dannoso.

Gli effetti infatti dei rumori sull'apparato uditivo sono stati già constatati. La membrana timpanica s'inspessisce e perde le capacità di vibrare, le ossicine si anchilosano e s'immobilizzano, le cartilagini s'induriscono, il nervo acustico si esaurisce e perde la capacità di essere eccitato. Ognuna di queste alterazioni tende a produrre la sordità.

I rumori delle città per il momento non sono tali da riprodurre le condizioni di alcuni mestieri rumorosi capaci di provocare i fatti su accennati, ma non si può escludere si avveri la profezia di Edison, qualora il traffico stradale si accentui con la progressione verificatasi negli ultimi anni.

Forse più imminenti sono gli effetti sul sistema nervoso.

Se i rumori fortemente intensi possono provocare gravi disordini nervosi, e anche di natura organica se accompagnati da improvviso e forte spostamento d'aria, i rumori anche non molto intensi, ma ripetuti e varî, finiscono per produrre vere condizioni neurotiche che si stabiliscono lentamente e sono perciò meno impressionanti.

Le eccitazioni rumorose ripetute sono traumi continui, in apparenza inoffensivi, ma che si associano in addizioni latenti, e che alla fine producono reazioni più gravi che una sola eccitazione molto forte.

Queste eccitazioni e reazioni sottopongono il sistema nervoso ad un lavoro incessante che conduce all'esaurimento.

Ma non basta. I rumori improvvisi, (e come tali possono considerarsi quelli che in molte varietà si succedono per le vie delle città, il grido di un klaxon, il fischio di una sirena, lo schioppettio di una motocicletta, lo scoppio di un pneumatico, lo strepito di un camion) provocano reazioni organiche che sono state ben precisate: modificazioni del polso, del respiro, della pressione vasale ed endocranica, del tono muscolare. Si tratta dei concomitanti somatici delle emozioni, di perturbazioni che a lungo andare finiscono per provocare stati neurastenici o ansiosi.

Molto interessante è il fatto che i rumori provocano aumento della tensione muscolare. In un ambiente rumoroso è difficile, se non impossibile, un completo rilasciamento dei muscoli, un vero stato di riposo.

Il fatto che il più delle volte non si ha la consapevolezza di questi fatti non rende meno effettiva la loro azione. La cenestesi risulta alterata. Dopo essere stati qualche po' in ambienti rumorosi si avverte un malessere indefinibile, un vero stato di nervosismo.

Nè entra in giuoco l'assuefazione. Questa, se mai, può acquistarsi quando i rumori abbiano un ritmo monotono, non quando le eccitazioni acustiche si ripetono ad intervalli varî, improvvisamente e sono differenti le une dalle altre.

Il rendimento lavorativo per tutte queste cause di esaurimento viene ridotto. Ne soffre sopra tutto il lavoro intellettuale.

Schopenhauer, che pur visse in tempi molto meno rumorosi degli attuali osservò che « il rumore è il vero assassino del pensiero ».

I lavoratori manuali ne risentono minor danno e minor fastidio. Spencer scrisse: « Si può giudicare la capacità intellettuale in un uomo dal grado della sua intolleranza ai rumori non necessari ».

È noto come il silenzio sia coadiuvante essenziale nella cura di tutti i malati, rientrino questi nel campo della medicina generale come della neuropatologia e della psichiatria. Questa necessità induceva a istituire le case di cura, gli ospedali nei punti più eccentrici delle città. Ma il rapido sviluppo edilizio ha generalmente assorbito gli impianti sanitarî, molti dei quali si trovano ora nei punti più rumorosi.

Comunque la maggior parte dei malati viene curata a domicilio; essi si trovano sempre sotto l'azione del frastuono cittadino.

Le case finora sono state e sono tuttora costruite senza tener alcun conto dei rumori. Le case moderne offrono ogni sorta di comodità, ogni specie di garanzia igienica, ma non presentano alcuna difesa contro i rumori. Certo questa difesa richiede materiali di costruzione e dispositivi costosi, per modo che non si può sperare che essa sia predisposta per lo meno in larga misura.

La lotta contro i rumori si deve giovare di tutti gli espedienti, ma il più efficace rimane sempre quello di limitare la loro produzione.

Al riguardo qualche cosa già si è fatto: la proibizione dei cerchioni di ferro e delle gomme piene alle ruote dei veicoli, le limitazioni all'uso della radio sulle strade e altre provvidenze del genere.

La proibizione dell'uso dei segnali acustici durante le ore notturne, disposta dal Governatore di Roma, segna un punto di partenza per un provvedimento più largo che inaridirà la maggiore sorgente dei rumori inutili.

È facile constatare come il maggior contributo al baccano cittadino è dato dalle trombe degli autoveicoli, adoperate sempre con abbondanza e spesso inutilmente.

L'abuso, che trova la sua origine nell'irresponsabilità penale concessa in caso d'investimenti all'autista che abbia suonato, produrrà forse benefici effetti: l'abolizione completa delle segnalazioni acustiche.

Non è paradossale la presunzione che l'abolizione delle segnalazioni acustiche, per lo meno nei centri urbani, ridurrà gli infortuni stra-

dali. I pedoni diventeranno più guardinghi, gli autisti si abbandoneranno meno a quelle velocità che potrebbero essere consentite solo su piste.

D'altra parte va iniziata e condotta con tenacia la lotta contro ogni specie di rumore inutile. Questo deve essere considerato come un fatto antigienico, e come tale perseguito.

Il flagello deve scomparire e scomparirà, come sono scomparse tante altre abitudini dannose.

Tempo verrà nel quale i frastuoni dell'inizio del secolo XX, che sono convenientemente documentati dalle registrazioni fonografiche già eseguite, saranno considerati come un segno di pregressa inciviltà, come una delle tante brutture di cui l'umanità si è liberata.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Semeiologia delle vertigini.

(R. CAUSSÉ. *Presse Méd.*, 5 luglio 1933).

La vertigine rappresenta l'elemento subiettivo della sindrome vestibolare, l'elemento obiettivo essendo rappresentato da modificazioni sistematiche del tono muscolare. Fra i due elementi non vi è però un rapporto determinato nè obbligatorio e non si può giudicare della gravità delle lesioni vestibolari della importanza della vertigine. Il solo mezzo di apprezzare la sede e l'importanza delle lesioni è di praticare l'insieme delle ricerche conosciute sotto il nome di esame labirintico. E poichè tutte le vertigini sono legate a un disordine vestibolare, ne segue che tutti i vertiginosi dovrebbero essere sottoposti, almeno in modo sommario, a questo esame.

L'esame vestibolare ha essenzialmente per scopo di ricercare se esistono delle perturbazioni sistematiche del tono muscolare (di cui il nistagmo non è che un esempio particolare), perturbazioni che possono esistere spontaneamente o che possono esser messe in evidenza con prove speciali (caloriche, rotatorie, galvaniche).

L'esame labirintico permette di classificare i vertiginosi in tre gruppi, secondo che le reazioni sono normali, che rivelino un interessamento dell'apparecchio periferico o del tronco nervoso o che rivelino un'affezione centrale.

La normalità delle reazioni può esser dovuta alla deficienza degli attuali metodi di esami o al carattere leggero e intermittente delle lesioni. In ogni caso questa constatazione permette di scartare l'idea di una lesione grave.

Se si tratta di una sindrome periferica, la lesione ha sede sia sui canali semi-circolari e nel vestibolo, sia sul nervo vestibolare. Nelle lesioni periferiche spontanee o provocate le reazioni vestibolari sono globali, totali e armoniche, il che vuol dire che tutti gli elementi della reazione si manifestano nella stessa proporzione e che essi sono ordinati fra loro secondo una legge costante: il nistagmo batte dal lato opposto alla lesione, la deviazione tonica del corpo e delle estremità si fa in senso inverso, verso la lesione. D'altra parte le lesioni hanno essenzialmente un carattere distruttore. E quando il labirinto è interamente distrutto non si hanno più vertigini, più nistagmo, più disturbi della stazione eretta nè deviazione segmentaria.

La sindrome centrale è invece estremamente varia. È spesso disarmonica e parcellare. Inoltre nella sindrome centrale si hanno contemporaneamente segni di deficit e segni di irritazione.

Fra i numerosi segni dell'origine centrale delle vertigini due sono particolarmente netti: 1) coesistenza di un nistagmo intenso con una sensazione vertiginosa molto leggera; 2) presenza di un nistagmo di forma pura, rotatoria o verticale.

Particolarmente il nistagmo verticale è caratteristico di una lesione centrale.

Accanto all'esame vestibolare, che orienta in modo decisivo la diagnosi, è indispensabile praticare sistematicamente in questi malati un esame oto-rino-laringologico completo che dà spesso indicazioni etiologiche importanti.

L'otoscopia permette già in molti casi di trovare la causa della vertigine: un tappo di cerume, un catarro tubario molto accentuato possono provocarla. Sopratutto fa riconoscere se la cavità timpanica è o no intatta.

L'esame dell'udito non è meno necessario, poichè sono frequenti le vertigini legate all'evoluzione di una sordità progressiva. Oltre a ciò, la lesione simultanea del vestibolare e del cocleare implica una lesione periferica.

L'esame rinoscopico ha sopratutto lo scopo di cercare se esiste una sinusite.

Occorre poi ricercare lo stato della sensibilità e della motilità del faringe, del laringe, del velopendolo, della lingua. La constatazione di paralisi associate ai disturbi vestibolari è di una grandissima importanza.

Questi diversi esami speciali danno spesso tutti gli elementi della diagnosi. Quando essi risultano negativi, bisogna procedere ad un esame oftalmologico completo, ricercando particolarmente i vizi di refrazione e fra essi specialmente l'astigmatismo.

Se gli esami precedenti sono stati negativi, resterà da esplorare lo stato delle grandi funzioni organiche, specie delle funzioni digestiva e circolatoria, ma bisogna riconoscere che allora la causa della vertigine spesso sfugge.

Dal punto di vista sistematico si possono dunque classificare in un primo gruppo le vertigini ad etiologia facilmente riconoscibile:

vertigini nelle suppurazioni auricolari, vertigini nelle sordità, vertigini post-traumatiche. Eliminate queste tre varietà, l'esame vestibolare indica o l'integrità labirintica (vertigine-nevralgia) o l'affezione periferica, (vertigine-neurite) o l'affezione centrale.

I. *Vertigini nelle suppurazioni auricolari.* — Nel corso di una otite acuta o cronica si possono osservare delle piccole vertigini, discrete, intermittenti. Tutt'altro significato hanno invece le gravi vertigini prolungate, con vomiti e malessere intenso, che possono intervenire nelle otiti acute o croniche e che possono precedere la comparsa di un ascesso del cervelletto.

Quando la labirintite è parziale e non vi è lesione purulenta, l'intervento non è necessario. L'intervento si impone invece in caso di labirintite purulenta. Fa eccezione la labirintite precoce dell'otite acuta (primo settenario) che, per completa che sia, guarisce generalmente senza intervento, per quanto lasci spesso il labirinto paralizzato.

La sindrome labirintica negli ascessi del cervelletto è una sindrome centrale. Ciò che dà qui una fisionomia particolare è che molto spesso si vede una sindrome centrale succedere ad una sindrome periferica, donde i due segni caratteristici seguenti: 1) il labirinto è paralizzato; 2) il nistagmo cambia senso, batteva prima verso l'orecchio sano, batte adesso verso l'orecchio malato. I segni della serie cerebellare spesso mancano e quando l'ascesso non è francamente anteriore, manca anche la sindrome labirintica centrale.

II. *Vertigini nella sordità cronica progressiva.* — Nel più dei casi le vertigini non sono intense, il labirinto è semplicemente ipoeccitabile; in altri casi i fenomeni sono molto più intensi e assumono l'aspetto di crisi di Ménière.

III. *Vertigini nei traumatismi cranici.* — La vertigine è una sequela fra le più frequenti dei traumi cranici ed è senza rapporto con l'intensità del trauma e con la gravità delle lesioni che ne conseguono. L'obiettività è scarsa e l'interpretazione di queste vertigini spesso delicata.

IV. *Vertigine-nevralgia.* — Questo gruppo comprende il più gran numero di vertigini. L'esame vestibolare non rivela praticamente alcuna anomalia e d'altra parte non si può invocare, per spiegare le vertigini, alcuna influenza locale.

Occorre in questi casi esaminare accuratamente l'apparecchio circolatorio (lesioni aortiche, arteriosclerosi, distonia vago-simpatica, clorosi, menopausa), l'apparecchio digestivo (disturbi gastro-intestinali, epatici, vescicolari; orario delle crisi e importanza dei fenomeni gastro-intestinali concomitanti), gli stati diatesici (diabete, uremia, disturbi del metabolismo dell'acqua) e le intossicazioni esogene (tabacco, chinina, salicilato di sodio, arsenico, alcool).

V. *Vertigine-neurite.* — La constatazione è cosa estremamente facile: il malato non reagisce affatto alla prova calorica.

La paralisi vestibolare che sopravviene al di fuori di ogni malattia infettiva, coesista o no la sordità, deve far pensare anzitutto alla sifilide. Certe malattie infettive (meningite cerebro-spinale, orecchioni, grippe, zona), attaccano il nervo vestibolare come il cocleare. Nella zona la partecipazione del facciale dà un quadro clinico particolare: la sindrome completa del ganglio genicolato. Anche la leucemia è stata segnalata come causa possibile di crisi vertiginose seguite da paralisi vestibolare con o senza sordità.

VI. *Vertigine di origine centrale.* — In genere è difficile andare oltre la semplice indicazione dell'origine centrale di uno stato vertiginoso. Attualmente la diagnosi oto-neurologica non può pretendere di arrivare a una grande precisione. Fra le affezioni che toccano le vie vestibolari ed hanno una fisionomia clinica particolare bisogna citare: la sclerosi in placche, i tumori ponto-cerebellari, le affezioni bulbo-protuberanziali.

Nella sclerosi in placche la vertigine ed il nistagmo sono frequenti e precoci ed hanno per carattere essenziale d'essere transitorii e variabili. La constatazione di disturbi vestibolari centrali, senza alcun altro segno neurologico, sopratutto quando questi segni si modificano rapidamente, rende molto verosimile la diagnosi di sclerosi in placche.

La diagnosi di tumore dell'angolo ponto-cerebellare è la più semplice delle diagnosi oto-neurologiche. È, in effetti, la sola affezione endo-cranica nella quale vi sia una associazione di una paralisi vestibolare, di una sordità unilaterale e di fenomeni spontanei a carattere centrale.

Nelle lesioni bulbari si osserva frequentemente un nistagmo di forma pura, cioè strettamente rotatorio od orizzontale o verticale. E questa forma è in rapporto con la sede della lesione, di cui il lato è indicato dal senso del nistagmo. L'esame faringo-laringeo d'altro lato porta un complemento molto utile all'osservazione vestibolare. C. TOSCANO.

Le indicazioni della cisternoterapia: vantaggi di questo metodo.

(M. CASTEX, L. ONTANEDA, F. SOLANET. *La Prensa Medica Argentina*, 9 agosto 1933).

È ormai noto come l'introduzione per le vie usuali dei medicamenti destinati a curare alcune affezioni del sistema nervoso difficilmente riesca a conseguire il suo scopo, che è quello di raggiungere la sede dei focolai morbosi: e ciò perchè la cosidetta « barriera emo-encefalica » esercita un'azione ostacolante che i medicamenti non riescono a vincere. Si è pensato quindi di introdurre i medicamenti nello spazio ventricolo-subaracnoideo per la via del *liquor*.

I medicinali destinati ad essere introdotti per tale via devono possedere, oltre all'azione terapeutica ricercata ed all'innocuità per il tessuto nervoso anche una concentrazione sufficiente perchè detta azione terapeutica risulti efficace.

La via comunemente usata, la lombare, è ottima quando si tratti di agire sul midollo, ma insufficiente e spesso addirittura inefficace quando si voglia agire sull'encefalo. In effetti, il sistema cranio rachideo si presenta come un recipiente chiuso pieno di liquido. Quando in un tale sistema si inietta una sostanza, questa può raggiungere le varie parti del sistema grazie a tre fattori:

1) la circolazione o movimento del liquido nel sistema;

2) la diffusibilità della sostanza stessa;

3) l'azione della gravità.

Ora, in quanto al primo fattore, esperienze di vari AA. hanno dimostrato come l'asserzione di Magendie, che « il liquor si comporta come acqua stagnante » è in gran parte vera: nè basta la posizione di Trendelemburg a modificare tale stato di cose; chè non bisogna dimenticare il rapido assorbimento della sostanza in vicinanza del luogo d'entrata, fenomeno messo in evidenza da vari ricercatori.

In quanto poi alla diffusibilità della sostanza introdotta, non è certamente su di essa che si può contare: i sieri specifici sono infatti assai poco diffusibili e in quanto ai medicamenti (neosalvarsan p. e.) la diffusibilità maggiore sarebbe a spese della loro concentrazione e quindi della loro efficacia terapeutica.

L'azione della gravità infine è la più importante nel meccanismo della spostabilità delle sostanze nel *liquor*. Tale fenomeno è in rapporto al peso specifico della sostanza stessa, a quello del l. c. r., alla pressione di questo e alla posizione del corpo.

Ma questa azione è in qualche modo praticamente sfruttabile soltanto quando la densità della sostanza da iniettare è maggiore di quella del *liquor*.

Vantaggi della vita cisternale. — La *cisterna magna* rappresenta il punto d'incrocio di tutto il sistema ventricolo sub-aracnoideo: in esso sboccano i ventricoli; esso serve di passaggio al *liquor* che va da un lato alle cisterne basali e dall'altro al sacco durale; essendo poi il più basso e il più importante dei confluenti del cranio, rappresenta la estremità superiore del lago rachideo. Gli AA. hanno praticato degli esperimenti sul cadavere ed hanno potuto constatare che, per la semplice azione della gravità, un siero colorato iniettato nella *cisterna magna*, si diffonde uniformemente su tutta la superficie cerebrale.

Sostanze iniettate. — Due sono i tipi di medicamenti che si usa incorporare al *liquor*:

1) *Sieri*: il *siero antitetanico* è stato il primo medicamento somministrato per via cisternale; il *siero antimeningococcico*, introdotto suboccipitalmente, presenta, oltre il vantaggio di agire più direttamente sul focolaio stesso dell'infezione quello di prevenire i blocchi tanto rachidei che cerebrali, abbreviando la durata della malattia e diminuendo la mortalità; il *siero antipneumococcico*, preconizzato da Kolmer e Douthwaite, non ha dato, almeno sinora, buoni risultati, certamente a causa della poca specificità del siero stesso.

2) *Droghe*: a) *ad azione rapida e sintomatica.* — Janossy ha usato la *caffeina*, la *lobelina*, la *coramina* al fine di eccitare i centri respiratorio e circolatorio, Ayala raccomanda il *luminal* per iniezioni intracisternali nella cura dell'epilessia. Tali droghe ad azione sintomatica possono essere usate nelle comuni soluzioni;

b) *ad azione curativa*: a parte la optochina, la chinina, la tripaflavina da usare nel corso delle meningiti, sono principalmente da menzionare in questo gruppo le sostanze usate per la cura della sifilide nervosa. I mezzi usati sono vari: salvarsan disciolto in *liquor*, siero salvarsanizzato, sali mercuriali ecc. Gli AA. hanno usato il siero salvarsanizzato « in vitro » alla Marinesco, metodo che offre diversi vantaggi, fra cui quello di diminuire la diffusibilità del medicamento e ritardarne l'assorbimento, permettendo così un'azione più prolungata sulla parte malata, e quello di essere più pesante del *liquor* per cui è facilitata la ripartizione del medicamento sulla superficie cerebrale. Si usa allo scopo il siero del malato stesso: per ottenerne, con una sola estrazione di sangue, una quantità bastevole per tutta la cura, gli AA. hanno ideato un apparecchio consistente in un cilindro di vetro con dentro una spirale anche di vetro: ottenuto il siero, questo viene decantato ed inattivato ed è quindi pronto all'uso.

Preparazione dell'infermo. — Per i pazienti eccitabili e per la prima iniezione è opportuno somministrare 1 ctg. di morfina sottocute. Il paziente viene posto in posizione ventrale: tale posizione, raccomandata dagli AA. presenta numerosi vantaggi: 1) è la posizione logica ed ideale affinchè i medicamenti, per effetto della gravità, penetrino nel cranio e bagnino gli emisferi e i ventricoli; 2) facilita la tecnica della puntura, per la maggiore facilità con cui si stabiliscono i punti di repere; 3) è ben tollerata dal paziente e molto comoda per l'operatore.

La tecnica della puntura è quella descritta dagli AA. in un precedente lavoro, da noi anche recensito.

Praticata la puntura è buona regola misurare la pressione del *liquor*: e cioè la pressione iniziale, quella durante l'estrazione del *liquor*, durante l'iniezione del medicamento e finale.

L'estrazione del liquido si pratica in quantità tale (in genere 30 cc. per i sifilitici, 60 cc. per i meningitici) che la pressione del *liquor*

discenda allo 0 o diventi leggermente negativa (—2, —3). Ciò facilita il passaggio dei medicamenti nei ventricoli.

L'iniezione del medicamento, che deve essere riscaldato a bagno maria a circa 40°, si pratica lentamente, in modo che la pressione finale non superi quella iniziale del *liquor*.

Praticata l'iniezione ed estratto l'ago il paziente dovrà restare un'ora nella stessa posizione in modo che il medicamento si diffonda uniformemente nell'endocranio.

In caso di *lues* il paziente può essere dimesso il giorno seguente all'iniezione. In tali casi l'operazione non è più molesta di una semplice puntura lombare. G. LA CAVA.

FEGATO E VIE BILIARI.

Composizione chimica della bile nelle affezioni croniche della cistifellea.

(C. COMBIES, FALBRE e REXANIÈRES. *Arch. des mal. de l'app. digestif.*, n. 8, giugno 1933).

Gli AA. hanno studiata la composizione chimica dei liquidi duodenali raccolti col sondaggio, nei sani e nei malati. Le loro ricerche si sono svolte sul dosaggio del colesterolo, dei sali biliari, dei pigmenti biliari. Hanno notato anche come la presenza d'albumina acquisti un grande valore in quanto deve considerarsi esponente di una infezione delle vie biliari. La ricerca è assai semplice; si elimina il muco con poche gocce di acidoacetico, poi si filtra la bile fino ad ottenere un liquido chiaro, quando questo è assai limpido vi si cerca l'albumina con i mezzi soliti.

Gli AA. premettono che la composizione della bile è sottomessa a delle variazioni assai importanti nel tempo, nello stesso individuo, e che bisogna bene guardarsi dal dare al dosaggio chimico un valore assoluto. Nelle colecistiti croniche per esempio la bile raccolta in sondaggi ripetuti e successivi, varia molto di aspetto.

Nella *bile normale* essi hanno ottenuto i seguenti dati:

Colesterol	Bile B	0,80
	Bile C	0,30
Sali . . .	Bile B	4,50
	Bile C	1,80

Il valore assoluto di queste cifre ha però una importanza minima. Molto più interessanti sembrano gli studi sui *rapporti biliari*.

Chiray e Thibaut li dividono: *a*) in rapporti dello stesso elemento della bile nei vari campioni A. B. C.; *b*) in rapporto dei differenti elementi della bile nello stesso campione.

La prima categoria di rapporti pare molto incostante: la bile A è una bile per così dire bastarda (miscuglio di succo gastrico, salivare, pancreatico, biliare). Le variazioni della sua composizione sono troppo facili e senza valore alcuno.

Il rapporto tra colesterina e pigmenti sono stati di frequente studiati, ma i pigmenti sono difficili a dosare. Invece il rapporto tra il colesterolo e i sali biliari è facile a stabilirsi e per di più è di una costanza rimarchevole: nell'individuo normale oscilla tra 0,10-0,20. Esso indica l'equilibrio colloidale nel mezzo biliare tra il colesterolo colloide idrofobo e i sali biliari colloidi idrofili. Una dissociazione di questo rapporto è l'indice di una rottura di equilibrio causa di modificazioni fisiche importanti nella bile.

La bile dei litiasici. — Qui gli studi permettono di ricavare i seguenti dati:

1) il colesterolo ed i sali nella bile B sono fortemente diminuiti in rapporto alle cifre normali, sia in rapporto alla bile C;

2) il coefficente colesterino-colalico è dissociato nella fase litogena; è normale nella fase litiasica propriamente detta.

Le colecistiti non calcolose hanno dato cifre conformi ai risultati già ottenuti dagli altri A., cioè: 1) il colesterolo, i sali ed i pigmenti biliari sono sensibilmente aumentati in rapporto alle cifre normali sia nella bile B che nella C; 2) il rapporto colesterino-colalico sembra normale.

Nelle vescicole atone: 1) il colesterolo, i sali, ed i pigmenti sono assai aumentati nella bile B, e restano normali nella C; 2) il rapporto colesterino colalico è normale.

Concludendo, i risultati più netti ottenuti sono i seguenti:

Litiasi biliare = colesterolo, sali e pigmenti biliari fortemente diminuiti nella bile B.

Colecistiti non calcolose = questi stessi elementi sono debolmente aumentati.

Atonia vescicolare = forte aumento del tasso dei componenti della bile B.

Questi interessanti dati uniti agli altri metodi di indagine più comune renderanno sempre più precise le diagnosi sempre difficili dei dolori sottoepatici. L. TONELLI.

Ricerche sui valori clinici delle prove di tolleranza del levulosio e galattosio per la funzione epatica.

(M. V. RADHA KRISHNA RAO. *Indian Journ. of Medic. Research*, luglio 1933).

L'A. ha studiato la tolleranza al levulosio in 45 ammalati, 28 avevano cirrosi epatica; in questi, 21 volte la prova era positiva, 4 volte dubbia e 3 volte negativa. In tre casi di ittero catarrale ebbe 2 prove dubbie e una positiva, mentre fu negativa la prova in un caso di ittero complicante la gravidanza e positiva in un caso di ittero con avitaminosi e in due di ittero da tumore maligno del fegato. Risultati negativi diedero tre casi di anemia da anchilostomiasi. In due casi di scompenso cardiaco la prova fu una volta negativa e una volta dub-

lia. Risultati vari diedero casi di ascite con peritonite.

Complessivamente in 37 casi in cui la disfunzione epatica era evidente la prova fu positiva 25 volte, dubbia 7, e negativa 5. In 8 casi senza malattia epatica la prova era positiva 1 volta, dubbia 2 e negativa 5.

La prova della tolleranza del galattosio fu positiva in un caso di lesione epatica da neosalvarsan, mentre fu negativa in un ittero tossico complicante la gravidanza. Complessivamente, su 9 casi con lesioni epatiche certe la prova fu positiva solo 3 volte.

Le prove di tolleranza al levulosio e al galattosio possono indicare una disfunzione epatica (e allora la prova è positiva); però una prova negativa non permette di escludere una malattia epatica, tanto più che la regolazione del metabolismo dei carboidrati è solo una delle funzioni epatiche e essa potrebbe essere conservata quando le altre funzioni sono alterate.

R. LUSENA.

Contributo alla conoscenza della malattia dei gangli linfatici del legamento epatoduodenale.

(STURE HELGERSON RODEN. *Acta Chir. Scandinava*, vol. LXXII).

L'A. ha trovato nella letteratura 15 casi in cui l'affezione delle vie biliari consisteva nella presenza di gangli ingrossati nel legamento epatoduodenale. Però 13 di questi erano tubercolari.

Secondo Mayo però molte di queste calcificazioni sarebbero dovute non ad un processo tubercolare ma una flogosi antica per una colecistite durata molti anni.

La ghiandola più spesso causa dell'affezione è quella del cistico (nel collo della cistifellea). Un'altra ghiandola sta situata dentro al coledoco nella confluenza con l'epatico e il cistico. Altre appartengono al gruppo pancreatico duodenale e specialmente una che sta proprio dietro all'hiatus di Winslow.

In questa regione la tubercolosi è rara. Kehr ha trovato solo 8 casi di tbc. della cistifellea.

Secondo l'A., che riporta l'opinione di Lubarsch molti di questi gangli tbc. sarebbero dovuti a infezione da gangli ilari.

Solo in due dei 17 casi raccolti v'era tbc. sicura nel peritoneo.

Si deve però ricordare che molti di questi erano dei litiasici delle vie biliari e alcuni dei portatori di ulcera gastro-duodenale. Ma secondo l'A. spesso si tratta di un nesso casuale.

Questi gangli, situati nella prossimità del coledoco darebbero anche una reazione del tessuto circostante e del coledoco stesso. Questi malati hanno in genere ittero cronico e dolori. Radiologicamente in 6 casi fu vista la ghiandola calcificata come un'ombra netta. La cura è l'estirpazione.

V. GHIRON.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

G. PEREZ. *Trattato di Patologia Chirurgica*, vol. II. *Malattie causate da agenti microbici e da parassiti animali*, con 377 figure su 69 tavole. Editore, Stamperia Reale di Roma, 1933. Prezzo L. 125.

Il Trattato che l'Illustre Patologo chirurgo di Roma annunzia in quattro volumi inizia la pubblicazione con questo volume secondo, ricco di ben 874 pagine. E devo dire subito che basta scorrerlo con occhio attento e basta soffermarsi su qualche capitolo per augurarsi che gli altri volumi vedano rapidamente la luce.

Questo Trattato viene a integrare in modo ammirevole le molte opere di chirurgia apparse negli ultimi tempi e che, mi si permetta l'espressione, stanno ad esso come la Clinica Chirurgica rispetto alla Patologia Chirurgica.

Mi chiedeva, or non è molto, un illustre chirurgo tedesco con quali fini e con quale scopo esistesse in Italia un insegnamento a sè di Patologia chirurgica. Il libro del Perez ne dà oggi la più esauriente risposta e la dimostrazione come a base dell'insegnamento chirurgico debba stare quello della patologia speciale chirurgica. La patologia generale, l'anatomia patologica non possono supplire la patologia speciale che da esse, dalla Batteriologia e dalla Clinica trae le conoscenze che permettono di porre di una singola malattia le basi più salde perchè chi impara arrivi ad averne la conoscenza; così che nella Clinica dai sintomi rilevati risalga non solo alla diagnosi ma, grazie alle nozioni che ha dell'etiologia e della patogenesi indirizzi esattamente la cura o la scelga fra quelle modalità terapeutiche proposte o altre personali ne applichi.

E sarà grato al Perez chi leggerà e specie chi studierà nel libro che ci promette presto compiuto perchè troverà armonicamente inquadrate per ogni malattia tutte quelle conoscenze affidate ad altri insegnamenti, conoscenze che sono utili e indispensabili alla migliore interpretazione della patologia speciale e che evitano il lungo e faticoso lavoro di scelta, di ricerca, di coordinamento.

Sarei incompleto in questa breve recensione se non ricordassi come in tutte le trattazioni balzi evidente la grande qualità di didatta del Perez che ha saputo distribuire la materia secondo criteri logici e chiari, in netta concatenazione così da rendere conseguente ogni capitolo al precedente, e che ha saputo mettere in rilievo quei fenomeni di ordine generale che espressione del modo di agire di agenti vari e del modo di reazione dei tessuti sono presenti in tutte le alterazioni formando un nucleo fondamentale su cui si innestano quelle variazioni che in relazione all'or-

gano, all'agente creano l'infinita varietà dei sintomi e della malattia.

L'assimilazione di questo criterio, che vale a creare nella mente di chi studia il concetto della mirabile unicità del modo di reazione dell'organismo a stimoli vari rappresenta anche l'ausilio mnemonico più efficace; poste le basi, la logica derivazione delle conseguenze può essere in gran parte frutto dell'intuito personale, non di nozioni faticosamente studiate e spesso frammentariamente ritenute.

Si vedano a tale proposito l'applicazione dei concetti d'infiammazione della parte generale nei capitoli successivi delle infezioni acute, delle infezioni croniche, delle malattie causate da parassiti animali.

L'efficacia didattica della trattazione è completata dall'abbondanza delle figure che fissano, nel ricordo visivo, sempre efficace forse più del mnemonico, concetti generali e caratteri salienti delle varie malattie. Le figure schematiche, chiare, sono destinate a rendere in primo piano il segno che l'A. vuole dimostrare: sotto questo punto di vista sono perfettamente riuscite, mentre al lettore frettoloso che le scorra superficialmente possono forse dare una impressione artistica sfavorevole.

I nostri giovani studenti dovrebbero attentamente studiare il libro del Perez, ne guadagneranno in chiarezza di idee, in facilità di acquisire quanto la clinica offre. Ne guadagnerà la Scuola romana di chirurgia cui oggi l'A. porta un nuovo alloro. R. Alessandri.

CENNI BIBLIOGRAFICI

B. Le Bourdellès et J. Falet. *La tuberculose du lobe azygos.* Vol. di 160 pagg. con 70 figure. Edit. Masson & C., Parigi, 1933. Fr. 40.

È una monografia interessantissima della «Bibliothèque de Phtisiologie» diretta dal professore Léon Bernard, che aggiorna completamente il problema del lobo azygos da tutti i punti di vista.

Il lato anatomico è oggetto di un'estesissima trattazione che riguarda anche l'embriologia del lobo azygos e della vena azygos e dei lobi polmonari supplementari. Gli AA. emettono in proposito una teoria che appare semplice e logica: che l'anomalia dipenda da uno sbocco molto alto della vena azygos, per cui c'è un lembo di tessuto polmonare che per svilupparsi deve porsi tra vena e bronco; più la vena sarà deviata dal suo tragitto normale, più ampio sarà, a sviluppo completo, il lobo azygos che ne risulta.

La parte radiologica, corredata da numerosi e chiari radiogrammi, non trascura nè l'aspetto normale nè quello patologico. Per quanto riguarda la prima identificazione radiografica della vena azygos in sede normale occorre però rivendicare al Busi il merito della priorità dell'interpretazione, priorità che gli è riconosciuta dall'Ottonello, che è invece il solo citato in proposito dagli AA.

A questa parte amplissima e, diciamo così, introduttiva segue lo studio molto breve ma completo del lobo azygos nella tubercolosi, studio che presenta un certo interesse, sebbene esso nulla porti di nuovo alla conoscenza dei grandi problemi della tubercolosi riguardanti la patogenesi, l'evoluzione e la terapia.

L'ultimo capitolo è dedicato alla tubercolosi dei lobi polmonari soprannumerari.

Il lavoro è corredato da una bibliografia completa sull'argomento e merita di avere il suo posto nella biblioteca di ogni cultore di tisiologia e di radiologia. R. Lusena.

M. R. Castex. *Hypertension artérielle paroxystique.* Editore Doin, Parigi. Prezzo Fr. 20.

L'A. presenta una serie di tipi clinici dell'ipertensione arteriosa parossistica quale si verifica nel saturnismo, nella tabe, nell'epilessia, nell'aortite, nell'angina pectoris, nella calcolosi biliare e renale, nella ritenzione acuta di urina, nel tifo, in alcune meningiti, in alcuni neoplasmi addominali, surrenali, mediastinici ed esofagei, nell'asma bronchiale, nell'eclampsia pseudouremica acuta.

Studia l'etiopatogenesi della condizione soffermandosi sopra tutto sull'importanza dell'eccitazione dello splancnico e del dolore nello scatenamento delle crisi d'ipertensione.

Dr.

F. Majeron. *Note intorno ad alcune osservazioni cliniche 1928-1931.* Vol. in-16° di pagine 65. Ed. Primon, S. Vito al Tagliamento, 1932.

L'A. espone in modo succinto, con stile chiaro e corrente, le storie cliniche dei casi più interessanti venuti alla sua osservazione in 4 anni nell'Ospedale Civile di S. Vito al Tagliamento.

Il lavoro è ordinato secondo la diagnosi clinica, e l'esposizione dei singoli casi è seguìta da brevi ed istruttive considerazioni, notevoli per cultura e per modernità di vedute.

Vi troviamo illustrati alcuni casi, non privi d'interesse, di endocardite lenta, di miocardite, d'aneurisma aortico con accurati reperti necroscopici. Un po' più ampia e bene studiata è la casistica delle forme tubercolari con risultati buoni dalle moderne terapie compresa la specifica.

Notevoli tra gli altri, anche i casi di diabete mellito, ileotifo, encefalite epidemica, anemia perniciosa ecc.

Sono riportate tabelle riassuntive di casi difterici e tetanici da cui si rilevano brillanti risultati dalla sieroterapia a medie dosi.

Il volumetto che si legge volentieri è un buon contributo alla casistica medica e dimostra come anche in un piccolo ospedale, che certo non dispone delle possibilità e dei mezzi di una clinica, l'osservazione diligente ed esperta dell'ammalato è di per se stessa sempre feconda di dati e di rilievi utili e interessanti.

A. Pozzi.

B. DE LUCA. *Trentadue anni di malaria nell'Ospedale di Grosseto.* Vol. in-8° di pag. 64 con 6 grafici. Estratto dalla « Rivista di Mariologia ». Roma, 1933-XI.

Non è questo uno dei soliti resoconti statistici, aridi ed asfissianti, d'interesse prevalentemente locale o personale. Tutt'altro: si fa leggere per intero e desta vivo interesse. È distribuito per argomenti ed è avvivato da una casistica varia e copiosa, relativa alle forme cliniche le quali hanno di più richiamato l'attenzione.

L'Ospedale di Grosseto ha nobili tradizioni negli studi sulla malaria: basti ricordare che vi hanno lavorato R. Koch, V. Ascoli, B. Gosio, W. Schulemann. Il Memmi, che da molti anni lo dirige, ha recato non pochi contributi e notevoli in questo campo: tutta la relazione costituisce un'esaltazione della sua valida opera.

La malaria va dileguando dalla Maremma, sotto i colpi che le vengono inferti dal Regime Fascista; per questo motivo l'Ospedale di Grosseto è ora prossimo a perdere il suo triste privilegio di luogo di concentrazione di malarici. Intanto il De Luca, aiuto del Memmi e reputato cultore di malariologia, ha voluto fissare quanto di meglio è stato compiuto nell'Ospedale stesso per lo studio della malaria.

L'ampia relazione è pubblicata dalla « Rivista di Malariologia » con la consueta signorilità.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XXVIII Riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

(Pavia, 21-24 ottobre 1933-XI).

L'annuale riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, tenutasi nello scorso ottobre a Pavia, ha assunto questa volta particolare interesse perchè ha coinciso con le solenni onoranze tributate all'illustre prof. Mantegazza che dal 1906 dirige la Clinica Dermosifilopatica in quella Università e vi ha creata una scuola fiorentissima per numero e valore di allievi e per fervore di operosità scientifica.

Così le due solennità, l'inaugurazione del congresso ed il tributo di omaggio all'eminente Clinico a cui gli allievi antichi e recenti hanno voluto offrire in un volume, edito in superba veste tipografica (1) una raccolta di loro lavori scientifici, si sono fuse in una sola commovente cerimonia svoltasi alla presenza delle Autorità e Gerarchie, e tra una vera folla d'invitati e di congressisti, fra i quali parecchi dermatologi stranieri, nella sede della splendida Clinica da poco sorta, per la ferma volontà del Capo del Governo, insieme con gli altri edificii del grandioso Policlinico, a perenne monumento del rinnovato spirito dei tempi.

Dopo i discorsi inaugurali del prof. Mantegazza, che con elevate parole salutò gli ospiti graditi, e del presidente prof. Mariani (Bari), il quale nell'offrire il volume di omaggio al suo antico Maestro ne ricordò le grandi benemerenze e l'opera insigne di clinico e di scienziato svolte per tanti anni, e quelli dei rappresentanti il Prefetto ed il Rettore, s'iniziò senz'altro lo svolgimento dell'ordine del giorno.

I temi ufficiali erano i seguenti:

A). - I più moderni aspetti della fisiopatologia cutanea in rapporto con i nuovi dati delle ricerche morfologiche e chimiche.

Cap. I. *Anatomia e fisiopatologia dell'epidermide (esclusi gli Annessi)*: Fisiopatologia dell'epidermide (prof. L. MARTINOTTI, Bologna).

Cap. II. *Anatomia e fisiologia degli annessi cutanei (ghiandole, peli, unghie)*: 1) Anatomia degli annessi cutanei (G. TRUFFI, Padova); 2) Fisiologia degli annessi cutanei (P. CERUTTI, Padova); 3) Fisiolopatologia degli annessi cutanei (E. BALBI, Padova).

Cap. III. *Anatomia e fisiopatologia del derma e dell'ipoderma*: 1) Anatomia e fisiopatologia del

(1) Oltre al volume in parola, pubblicato in 300 esemplari numerati e fuori commercio, furono distribuiti ai congressisti le seguenti pubblicazioni:

U. MANTEGAZZA. *La sifilide alla fine del '400 e nella prima metà del '500.* Studio clinico-critico sui più noti autori del tempo. — ID. *La Clinica dermosifilopatica della R. Università di Pavia.* Notizie sulla nuova attrezzatura scientifica ed ospedaliera. La produzione scientifica della Clinica dal 1906 ad oggi.

derma (prof. A. CROSTI, Perugia); 2) Anatomia e fisiopatologia dell'ipoderma (F. LISI, Perugia).

Cap. IV. *La circolazione cutanea*: 1) Introduzione (prof. A. PASINI, Milano); 2) Anatomia dei vasi cutanei (E. G. SCOLARI e G. F. CHIALE, Milano); 3) L'irrorazione sanguifera cutanea in condizioni normali e patologiche (E. G. SCOLARI, Milano); 4) La pressione e la resistenza capillare (T. SCOMAZZONI, Milano); 5) Reazioni dei piccoli vasi cutanei e loro meccanismo (M. COMEL, Milano); 6) Reazioni dermografiche su cute patologica (G. F. CHIALE, Milano); 7) La temperatura della cute ed il tono termico cutaneo (M. COMEL, Milano).

Cap. V. *Fisiopatologia della pelle in rapporto al sistema neuro-endocrino* (prof. L. TOMMASI, Palermo).

Cap. VI. *I processi di ricambio nella cute*: 1) Ricambio dei carboidrati nella cute normale (M. MONACELLI, Roma); 2) Il ricambio azotato nella pelle (G. SANTORI, Roma); 3) I lipidi nella cute (G. SANNICANDRO, Bari); 4) Fisiopatologia del pigmento (prof. G. FALCHI, Sassari).

B). - Lesioni articolari ed ossee nella sifilide. (G. CASAZZA, Pavia).

Riservandoci un più ampio cenno nella rubrica bibliografica di questo periodico tanto del volume edito in onore del prof. Mantegazza, tanto delle diverse relazioni, il cui testo era già stato pubblicato e distribuito ai socii, non possiamo astenerci dal segnalare per ora il modo veramente encomiabile con il quale i singoli relatori hanno assolto il loro còmpito e come i varii argomenti, pur contenuti nei limiti necessariamente ristretti di una relazione, siano stati svolti in modo completo ed esauriente: ciò sia detto tanto per quella del prof. Casazza sulle lesioni ossee ed articolari nella sifilide, quanto per tutte le altre sulla fisiopatologia cutanea, le quali potrebbero già di per sè stesse costituire altrettanti capitoli di un grande trattato italiano, moderno e completo, di Dermatologia.

All'animata discussione delle relazioni, ed alle singole comunicazioni dei socii, riferentisi ai temi ufficiali e dopo le esaurienti risposte dei relatori, tennero dietro le poche comunicazioni, ammesse dalla Presidenza, su altri argomenti: ricordiamo, fra le altre, per la sua importanza epidemiologica quella di MONACELLI (Roma) su di un'endemia di leishmaniosi cutanea in Abruzzo, e quella di HOFFMANN (Bonn) sulla diagnosi rapida della sifilide recente anche primaria, per mezzo di strisci dalle tonsille.

Di molto interesse fu la presentazione di casi clinici rari o di difficile diagnosi ad opera delle RR. Cliniche di Genova, Milano, Pavia e dei socii ARTOM di Verona, FREUND di Trieste, e di culture e preparati della Clinica di Bologna.

Così pure furono molto ammirate un'esposizione di calchi in cera riproducenti malattie cutanee (dovute al valente preparatore, ora purtroppo defunto, U. Barani) e scelte dalla numerosa collezione della Clinica pavese, ed una mostra di antichi libri di dermato-venereologia a completamento di quella di libri antichi e rari organizzata dal Museo civico di Pavia.

Il premio indetto dalla Fondazione De Amicis per l'anno 1933 fu assegnato, su parere dell'apposita Commissione, composta dai professori Cappelli (Firenze), Lombardo (Pisa), Porcelli (Livorno), al socio M. Artom (Verona); quelli banditi dalla Società, ai socii (prof. Flarer (Messina), Sannicandro (Bari), Lisi (Perugia).

Prima di terminare le sedute scientifiche, l'Assemblea, dopo un'ampia discussione votò, all'unanimità un ordine del giorno, da comunicarsi alla Direzione generale di Sanità pubblica, per la profilassi contro la sifilide e sui varii metodi sierologici recentemente proposti e su quelli attualmente più in uso presso i principali istituti scientifici e clinici.

Furono quindi approvati i bilanci ed eletti i componenti del nuovo Consiglio direttivo: presidente prof. L. Tommasi (Palermo); vice-presidenti proff. G. Bertaccini (Siena) e A. De Amicis (Napoli).

E dopo entusiastiche parole di saluto e di ringraziamento dei socii stranieri Pautrier (di Strasburgo) ed Hoffmann (di Bonn), ed applauditi discorsi del nuovo presidente prof. Tommasi, e di quello uscente di carica prof. Mariani, ebbe termine questa riunione che per molti rispetti è stata una delle più memorabili fra le tante che si sono succedute dalla fondazione della Società in poi.

V. MONTESANO.

XII° Congresso della Società Italiana di Urologia.

(Pavia, 21-22 ottobre 1933-XI).

Comunicazioni sul tema di relazione.

(Continuazione e fine; v. num. precedente).

PELLECCHIA E. — *La elettrocoagulazione endoscopica per la cura dell'ipertrofia prostatica.* — L'O., dopo aver esposto la storia dei metodi usati da molti AA. per la cura transuretrale della prostata, riferisce sui casi da lui curati e sullo strumentario da lui usato. (Uretrocistoscopio di Mac Carthy e coltellino di Rosemburg). Dice quindi che l'elettrocoagulazione della prostata rappresenta un valido aiuto per il ripristino almeno parziale della funzione vescicale, e nelle controindicazioni della terapia chirurgica si deve usare anche dopo la cistotomia introducendo il cistoscopio attraverso la bottoniera ipogastrica nei casi in cui non si può eseguire la prostatectomia.

Per le indicazioni del metodo endoscopico egli indica le prostate di media ampiezza e le malattie del collo che impediscono la funzione vescicale.

Richiama poi l'attenzione sui pericoli di detto metodo.

RAVASINI C. — *Discussione sulla cura endoscopica dell'ipertrofia prostatica e delle affezioni del collo vescicale.* — L'O. rivendica al Nicolich senior la volgarizzazione del metodo del Bottini in Francia e in Italia. Inoltre egli ritiene che i metodi endouretrali abbiano una indicazione limitata; accenna alle difficoltà di giusta diagnosi nelle affezioni dell'uretra prostatica e ritiene che le complicazioni col metodo endouretrale siano più frequenti e più temute. Nella valutazione dei risultati lontani bisogna tener presente che molti ammalati si rimettono anche

col solo uso del catetere e con quello a dimora. Egli osserva infine che l'introduzione dell'apparecchio di Kirwin e di quello di Mac Carhty è difficile perchè il becco è troppo corto.

NISIO G. — *Sulla cura endoscopica dell'ipertrofia prostatica.* — L'O., sulla scorta di altri casi trattati incruentemente, raccomanda sempre più la diatermocoagulazione nella « malattia del collo ». Non così è il suo modo di vedere nei riguardi della ipertrofia prostatica.

Il Resector e gli strumenti affini non rappresentano proprio la manna venuta dal cielo a risolvere un vecchio e annoso problema: la cura dell'ipertrofia prostatica.

Il Resector è uno strumento che per racchiudere in sè l'ottica, la sonda diatermica, il tagliente, nonchè le vie di carico e scarico dell'acqua, ha un calibro grosso assai, non accessibile quindi a molte uretre di prostatici.

Una prima selezione di malati è perciò provocata dall'insufficienza del lume uretrale; una seconda selezione, la più importante, è determinata dal tipo dell'ipertrofia; poichè, invero, il Resector esplica la sua azione sull'uretra posteriore e sul collo e non è certo ad esso che noi possiamo affidare la guarigione di quei ritenzionisti che sono tali a causa e di un voluminoso lobo medio e di grossi lobi laterali ergentisi in vescica ad ostacolare il libero corso dell'urina, i quali poi rappresentano i casi più frequenti. Viceversa col Resector noi interveniamo egregiamente quando l'ipertrofia è a sviluppo eminentemente endouretrale, nei casi di barra, nei cosidetti prostatici senza prostata, che sono i casi meno numerosi.

Quando la prostata è veramente ipertrofica non c'è che da rimuoverla per vedere ripristinato il libero corso dell'urina.

La prostatectomia in due tempi non è sostituibile. Epperò vi sono prostatici, e non pochi, che, o per età troppo matura o per condizioni generali troppo scadenti, non essendo in condizioni di subire la prostatectomia, si giovano della resezione endouretrale sulla prostata.

Ma, è chiaro, che questo metodo, in questi prostatici, ha valore di ripiego.

In compendio la resezione endoscopica della prostata, quale cura con fine a se stessa, ha limitate indicazioni e sotto questo aspetto noi dobbiamo riguardarla e tenerla in gran pregio. Generalizzando il metodo e magari solo diffondendolo, toglieremmo ad esso il suo reale valore.

VERARDI. — *Cura endoscopica della ipertrofia prostatica e fattori della disuria.* — L'O. non crede si possano ottenere dalla cura endoscopica risultati completi e durevoli perchè l'adenoma che o si seziona parzialmente o si escide, non è che eccezionalmente causa diretta di disuria. Egli pensa sarebbe più opportuno interrompere la continuità dello sfintere che cerchia le masse adenomatose e le serra, stipandole tra loro, durante la contrazione del detrursore. Tale sezione si può fare per via endoscopica, ma più agevolmente e con più vantaggi per via perineale.

Rene.

BLUM V. — *Pneumonefrosi dopo operazione di ectopia vescicale.* — L'O. illustra tre casi da lui operati di ectopia vescicale; in tutti egli riscontrò all'esame istologico della mucosa vescicale presenza di cellule a calice e formazioni irregolari di glandole a tipo intestinale, e parla della pneumonefrosi che venne a complicare un caso da lui operato.

BORETTI C. — *Indicazioni operatorie e condizioni permittenti nella chirurgia del rene unico.* — L'O. espone un caso personale di idropionefrosi da calcolosi ureterale in rene unico e due casi di calcolosi renale, operati felicemente. Passa a discutere se tali interventi debbano essere dettati solo dalla necessità di salvare la vita al paziente, oppure se possano considerarsi anche come intervento di elezione.

Esamina poi quali criteri debbansi seguire nell'indicazione dell'operazione, nella scelta della tecnica e quali siano i risultati.

DE GIRONCOLI F. — *Risultati immediati del trattamento con il metodo di Payr del rene policistico bilaterale.* — L'O. presenta un caso del genere esaminato funzionalmente prima e dopo l'operazione. Dimostra il buon risultato funzionale (dopo l'operazione di Payr).

LILLA P. — *Traumi vertebrali e calcolosi renale.* — Riporta un caso clinico in cui è dimostrabile in modo evidente il nesso tra un pregresso trauma vertebrale e la produzione di un calcolo renale uratico.

Cita le varie ipotesi che si possono fare sul caso, specialmente soffermando la sua attenzione sulle turbe di innervazione che possono alterare il dinamismo pielo-ureterale e provocare condizioni speciali per la produzione del calcolo.

NISIO G. — *Reni atrofici.* — Premesso che la comunicazione si riferisce all'atrofia renale acquisita, non già a quella congenita, l'O. presenta due casi clinici di cui esibisce i relativi pezzi anatomici; il primo è l'esito di una pielonefrite cronica di natura apparentemente banale, il secondo è manifestamente una tubercolosi renale.

Trattandosi di atrofia di un rene suppurante, o più precisamente di un rene suppurante che si atrofizza, l'indicazione più opportuna sembrerebbe quella demolitrice (nefrectomia) che generalmente viene eseguita. Epperò i pezzi anatomici invitano a meditare se proprio convenga intervenire sempre, o se in alcuni casi almeno non sia preferibile astenersi e lasciare fare alla natura. Meglio di qualunque considerazione di indole dottrinale e di opinione personale parlano i due reni asportati:

a) quello tubercolare, come tale, va necessariamente tolto, perchè non è prudente nè consigliabile lasciare nell'organismo un focolaio attivo di bacilli di Koch, fomite eventuale di complicazioni anche gravi e locali e generali;

b) quello completamente atrofico, esito di una pielonefrite banale, non pare che richieda l'estirpazione di necessità, tanto egregiamente ha agito la natura. Sicchè in casi consimili, stabilita bene la diagnosi, l'astensione potrebbe anche essere una linea di condotta giusta.

NOVAK M. — *Considerazioni su due casi di nefrolitiasi bilaterale.* — L'O. riferisce: 1) su un

caso di periureterite destra e di pielite in rene doppio sinistro, e il buon risultato ottenuto con la ureterolisi che rimosse l'ostacolo al deflusso dell'urina, in modo che si potè ripristinare tanto il tono che la mobilità; 2) su un caso di nefrolitiasi settica e ureterolitiasi destra con pionefrosi e discute le ragioni dell'intervento eseguito da prima a sinistra perchè questo rene era l'unico funzionante mentre il destro era completamente distrutto; 3) su un caso di pionefrosi tubercolare e calcolosa destra e ureterolitiasi sinistra. In questo caso, stabilita la funzionalità con l'urografia endovenosa del rene sinistro, si procedette all'ureterolitotomia per poi procedere all'estirpazione del rene destro non funzionante affatto.

Pisani G. — *Ectopie acquisite del rene susseguenti ad intervento conservativo.* — Illustra alcuni casi di ectopia renale acquisita. Specialmente interessante un caso di rene a ferro di cavallo in cui dopo eminefrectomia sinistra eseguita da 10 anni, ha visto il rene destro migrare e ruotare da destra a sinistra. Ciò è impossibile, secondo l'O. alla retrazione cicatriziale trasmessa dal lato opposto per una fistola urinosa post-operatoria durata 12 mesi.

Scandurra S. — *Un caso di calcolosi renale bilaterale che da oltre un anno presentava solo sintomi riflessi gastrointestinali.* — L'O. comunica un caso clinico di un giovane che da oltre un anno, in seguito ad un trauma ricevuto alla regione epigastrica, presentava gravi disturbi dispeptici specie dopo i pasti. Lungo tutto il decorso della malattia non si era presentato alcun sintomo che attirasse l'attenzione del paziente e del medico sull'apparato urinario. L'esame delle urine fatto a caso, fece sospettare e quello radiografico dette la certezza trattarsi di calcolosi renale bilaterale latente. Dopo operato di pielolitotomia destra con asportazione di tre calcoli i sintomi dispeptici non si sono più ripetuti. Dovrà essere operato dall'altro lato.

Sorrentino M. — *Contributo alla chirurgia del rene a ferro di cavallo.* — L'O. riferisce su due casi di rene a ferro di cavallo da lui studiati e operati: un caso di idropionefrosi ed un caso di tubercolosi. Dopo le considerazioni generali ed anatomiche, ricorda i suoi studi sul rene a ferro di cavallo nei feti umani, sulle alterazioni degli organi a secrezione interna: timo, tiroide, surreni, concomitanti alla malformazione, ed espone infine una sua personale tecnica chirurgica.

Ciddio D. — *La nefrite traumatica (Ricerche sperimentali).* — L'O. comunica una serie di ricerche eseguite su conigli. Egli schiacciando il rene, previo spostamento preventivo, non ha potuto su sedici animali ottenere lesioni dell'adelfo. Solo in un caso alcuni tubuli contorti di 1° e 2° grado facevano rilevare che vi erano lesioni a carico dell'altro rene. Conclude che la nefrite traumatica dell'opposto lato è molto discutibile alla luce delle sue ricerche.

Funzionalità renale.

Gallizia F. — *Il rapporto ureico emato-urinario.* — L'O. ha esposto il metodo di esplorazione della funzione renale introdotto da Cottet ossia il rapporto ureico emato-urinario. Sopra i risultati di 44 casi studiati conclude che è consigliabile di continuare le osservazioni onde poterne trarre precise indicazioni e stabilire precisi dettagli pratici.

Giordanengo G. — *La funzionalità renale negli interventi endoscopici per le affezioni del collo vescicale e della prostata.* — Le ricerche sul comportamento della funzionalità renale dopo gli interventi endoscopici per affezioni del collo vescicale e della prostata, hanno dimostrato che tali interventi non provocano che uno scarso risentimento da parte del rene, per cui possono venire impiegati anche in pazienti con l'insufficienza renale di grado considerevole.

Quando l'intervento conduce un ritorno alla normale funzionalità vescicale lo stato funzionale dei reni migliora molto più rapidamente che dopo gli interventi chirurgici non endoscopici diretti al medesimo fine.

Migliardi M. — *Il solfo minerale del sangue nell'insufficienza renale.* — L'O. ha studiato il comportamento del solfo minerale, parallelamente a quello delle più comuni esplorazioni della funzionalità renale in individui malati di affezioni chirurgiche delle vie urinarie. Ha riscontrato che è assai frequente una ritenzione cospicua di solfo minerale, la quale però molto spesso non presenta alcun parallelismo con la ritenzione di scorie azotate: un aumento anche notevole di urea sanguigna può coesistere con valori normali di solfo minerale. Ritiene, che una ritenzione cospicua di solfo minerale sia indice di grave e definitiva insufficienza renale.

Vitale A. — *L'indagine pielografica endovenosa nello studio della funzionaltià renale.* — L'O. riferisce i risultati dell'indagine pielografica endovenosa nello studio della funzionalità renale dedotti da molti casi osservati a cui è seguito il controllo operatorio il quale ha consentito il confronto tra l'apprezzamento dell'indagine funzionale eseguita prima dell'operazione e i vari stati delle lesioni renali osservate al tavolo operatorio.

Il momento della comparsa e scomparsa dell'ombra pielografica ha avuto nella gran maggioranza dei casi netta corrispondenza col grado della lesione anatomica dell'organo, ed anche netta corrispondenza con le abituali indagini funzionali.

Uretere.

Barella A. — *Due casi di duplicità pieloureterale con ectopia ureterale dell'uretere corrispondente al bacinetto superiore pionefrotico.* — L'O. espone due casi di duplicità uretrale monolaterale con ectopia ureterale dell'orifizio dell'uretere corrispondente al bacinetto superiore pionefrotico. Nell'un caso, calcoloso, si potè praticare una eminefrectomia, nel secondo, date le condizioni vasali anormali e le aderenze, si dovette ricorrere a nefrectomia.

De Gironcoli F. — *Sul reimpianto degli ureteri in vescica.* — L'O. discute sulla bontà dell'uretero-cisto-neostomia. Cita le diverse opinioni sul

valore funzionale della stessa e porta un contributo personale di 4 casi studiati funzionalmente a varia distanza di tempo dall'intervento (da 4 mesi a 4 anni). I risultati dei casi in parola sono buoni e l'O. pensa che uno studio, più accurato dei singoli casi, specie post-operatorio, potrà migliorare ancora gli esiti.

GALLIZIA F. — *Sulla tecnica del cateterismo ureterale.* — L'O. ha studiato il valore che ha il metodo dello stabilire il debit ureico nella separazione renale in confronto a quello più semplice del confrontare le concentrazioni fortuite. Conclude che il debit anche corretto con la formula di Pirondini perde gran parte della sua attendibilità considerata anche la difficoltà di raccogliere totalmente l'urina.

HRYNTSCHAK TH. — *Il metodo del tubo nell'impianto dell'uretere in vescica.* — L'O., tenuto conto dei vari pericoli che s'incontrano nel trapianto dell'uretere in vescica, fissa l'uretere su un tubo di gomma di uguale calibro, lungo circa 15 cm. e poi impianta l'uretere in vescica facendolo sporgere per due o tre centimetri nella cavità vescicale e successivamente fa uscire il drenaggio dall'uretra in modo da evitare stasi di urina infetta. Illustra poi la storia clinica di tre malati operati con tale metodo.

RIZZI R. — *Ureterectasie da disfunzione uretero-vescicale-porzione intramurale.* — L'O. riporta brevemente due casi di grave dilatazione ureterale da causa meccanica. Egli ritiene che queste dilatazioni ureterali siano causate dalla mancanza di riflesso di apertura dello sfintere uretero-vescicale, fenomeno che va sotto il nome di *acalasia*.

ROLANDO S. — *Uretere doppio con enorme pionefro del bacinetto superiore ed apertura dell'uretere nell'uretra prostatica. Operazione. Guarigione.* — L'O. riferisce la storia di un caso di tali malformazioni da lui operato. Date le condizioni miserevoli del paziente egli operò dopo la nefrectomia totale, l'ureterostomia lombare dell'uretra suppurante. I risultati furono ottimi. L'O. discute la diagnosi e la cura; egli propone la stomia come procedimento sistematico almeno in primo tempo nei casi nei quali l'ureterectomia presenta delle controindicazioni.

Vescica.

COLOMBANO M. — *La diagnosi di sifilide vescicale.* — L'O. ritiene che la sifilide vescicale non ha caratteristiche endoscopiche e cliniche differenziabili da quelle comuni ad altre infiammazioni vescicali e che essa deve essere sospettata sempre quando una cistite, non accertatamente tubercolare, si mostra ribelle ai comuni medicamenti ed alle varie medicazioni vescicali.

DODERO G. — *Leiomioma della vescica.* — L'O. data relazione di un caso di leiomioma della vescica recidivato come miosarcoma, fa delle considerazioni principalmente dal punto di vista clinico e terapeutico.

MIGLIARDI L. — *Tecnica ed indicazioni cliniche della cistouretrografia.* — L'O. insiste sull'importanza dell'esame radiografico combinato della vescica e dell'uretra nello studio di parecchie affezioni di questi organi. Egli ritiene che la migliore tecnica da usarsi sia quella descritta da Fasiani. Con la proiezione di parecchi radiogrammi dimostra l'importanza di questa indagine principalmente nello studio della stenosi del collo e delle lesioni tubercolari dell'uretra posteriore.

NICOLICH G. — *Due casi di diverticoli vescicali multipli operati e guariti.* — L'O. riferisce su due casi di diverticoli multipli della vescica. Particolarmente interessante il primo per le difficoltà diagnostiche e terapeutiche presentate. Si trattava in entrambi i casi di diverticoli congeniti, non esistendo ostacoli alla emissione delle urine. La diagnosi venne fatta con la cistoscopia e con la cistografia. L'estirpazione dei diverticoli ebbe in entrambi i casi esito favorevole, malgrado la gravità dell'intervento.

PAVONE M. — *La litotribolapassi. Osservazioni su un migliaio di casi.* — L'O. dall'esame di un migliaio di casi di calcoli vescicali operati con la litotribolapassi conclude che questo deve essere il metodo di scelta nella cura della calcolosi vescicale.

Il perfezionamento tecnico ed i mezzi di controllo (cistoscopia) permettono di controbattere le critiche che si fanno a questo metodo il quale dà scarsissima mortalità e permette al paziente di tornare in pochi giorni alle sue occupazioni.

PASCHKIS R. — *Granuloma della vescica.* — Illustra un caso clinico di granuloma della vescica riferibile, secondo l'O. alla perforazione in vescica di un ascesso appendicolare, da lui operato e guarito.

SORRENTINO M. — *Ulteriore contributo alla sifilide vescicale.* — L'O., dopo aver ricordato le sue ricerche sulla sifilide vescicale, praticata su un materiale clinico di 271 luetici, riferisce su altri due casi di sifilide vescicale, uno: forma pseudoneoplastica; ed uno di ulcera luetica della vescica.

BONINO M. — *Sulla cistite residua.* — L'O. espone uno studio fatto sulle cistiti residue a nefrectomia per tubercolosi renale dal punto di vista clinico, batteriologico e terapeutico. Conclude: 1) che la presenza delle lesioni tubercolari della vescica che residuano a nefrectomia per tubercolosi renale è relativamente frequente; 2) che alcune di queste cistiti sono delle banali cistiti e che possono guarire con lavatura di nitrato d'argento; 3) che con l'elettrocoagulazione praticata su queste lesioni tubercolari delle lesioni vescicali si possono ottenere delle guarigioni definitive.

Prostata.

HEITZ BOYER. — *Importanza delle formazioni diverticolari della prostata.* — Si intrattiene sull'etiologia delle diverticoliti che spesso sono la conseguenza di una lesione anche minima della prostata e descrive gli incidenti gravi e numerosi che da queste possono essere provocati. Insiste quindi sulla necessità della loro diagnosi precoce.

Ascold R. — *Le leucemie della prostata.* — Riferisce su di un caso di leucemia con cospicua infiltrazione leucemica della prostata e della regione del collo vescicale che aveva presentato in vita i sintomi di una ritenzione urinosa da prostatismo.

Uretra.

De Benedetti H. — *Un caso di varici dell'uretra.* — L'O. presenta un caso di varici dell'uretra posteriore guarito con l'elettrocoagulazione.

De Luca A. — *Corpi estranei nell'uretra maschile.* — L'O. avendo osservato numerosi casi di corpi estranei nell'uretra maschile, ne espone la classifica secondo Poulet e i numerosi casi osservati, accennando anche alla terapia usata in ciascuno di essi; ne descrive dettagliatamente alcuni importanti per le complicanze che ne ebbero a seguire.

Osserva infine come la maggioranza di questi corpi estranei dell'uretra maschile siano di origine accidentale e dovuti all'introduzione da parte degli stessi ammalati.

Varie.

Bracco R. — *L'anjotropina delle infezioni chirurgiche delle vie urinarie e negli interventi endoscopici per affezioni del collo vescicale e della prostata.* — L'O. ha esperimentato il canforato di esametilen-tetramina per via endovenosa nel trattamento pre- e post-operatorio di operati sulle vie urinarie e specialmente per via endoscopica, ed afferma che il preparato per la sua potente azione antisettica, diuretica, antitermica e perchè permette di somministrarsi in forti dosi, come 24-30 grammi *pro die* è di ottimo aiuto alla buona riuscita dell'intervento.

Chiono. — *La batteriemia nelle affezioni chirurgiche e negli interventi operatori delle vie urinarie e negli interventi endoscopici nelle affezioni del collo vescicale e della prostata.* — L'O. ha studiato le batteriemie post-operatorie, il comportamento della temperatura e della leucocitosi negli esami urologici, negli interventi chirurgici sulle ultime vie urinarie con particolare riguardo agli interventi endoscopici sulla prostata e sul collo della vescica.

Dodero G. — *Fistole intestinali consecutive ad ascessi pararenali.* — L'O. descrive due casi di fistole intestinali consecutive ad incisioni di ascessi pararenali e la cui origine era in un caso un carcinoma del colon e nell'altro un'ulcera del duodeno.

Nel secondo caso la chiusura della fistola avvenne spontaneamente.

Giordanengo G. — *Sulla anestesia peridurale segmentaria negli interventi sul rene.* — L'O. ha studiato il comportamento della funzionlità renale in circa 30 individui sottoposti ad interventi chirurgici eseguiti in anestesia epidurale e ha riscontrato solo un modico aumento della urea urinaria. Illustra poi brevemente la tecnica da seguirsi e confronta il valore dell'anestesia epidurale con quelle delle altre anestesie (rachidea, narcosi, paravertebrale, locale).

Scandurra S. — *Il valore della resistenza dei globuli rossi del sangue nel carcinoma della vescica e della prostata.* — L'O. ha osservato e valutato il comportamento dei valori della resistenza dei globuli rossi in rapporto allo sviluppo dei carcinomi delle vie urinarie. Ha trovato che nei processi carcinomatosi, sia nello stato iniziale, che in quello già avanzato, la resistenza dei globuli rossi è turbata, soprattutto nel valore della massima. Pensa che questo fatto sia dovuto alla reazione dell'organismo contro le sostanze tossiche emolizzanti.

Sorrentino M. — *Contributo alla cura chirurgica dell'incontinenza d'urina nella donna.* — L'O., dopo aver ricordato le cause d'incontinenza d'urina nella donna, passa alle considerazioni di ordine chirurgico sui diversi metodi operatori. Descrive minutamente quelli da lui usati e che gli hanno dato, in numerosi casi, risultati soddisfacentissimi. Il lavoro è corredato da illustrazioni e referti cistoscopici bellissimi, presi dal vero.

Bonino M. — *Diagnosi batteriologica rapida della tubercolosi renale col metodo di ricerca delle microculture.* — Questo metodo consiste nel raschiamento in superficie del terreno insemenzato col materiale in esame a partire dal quinto giorno. Con questo metodo occorrono per la diagnosi circa undici giorni e si ottengono risultati rapidi e sicuri.

L'O. consiglia di condurre le ricerche sulle urine eliminate nelle prime ore del mattino perchè più ricche di micobatteri tubercolari.

A. Oberholtzer.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Considerazioni sulla eziologia e cura del singhiozzo.

Dott. LUIGI ANGELONE, medico-chirurgo.
S. Pietro Infine (Napoli)

Il noto singhiozzo che insorge improvvisamente da contrazioni spasmodiche del diaframma, collegate a breve suono respiratorio, nelle forme leggere è frequentissimo e passeggiero, ma in parecchi casi si aggrava fino al punto da costituire una affezione permanente, ostinata e molesta (Strümpell). Il singhiozzo può essere in dipendenza di una malattia del cervello o della meninge, e può avere connessioni con uno stato irritativo del tronco del nervo frenico, nervo respiratorio interno di Carlo Bell (compressioni del nervo frenico per malattie delle vertebre cervicali, tumori mediastinici, aneurismi, pericardite e pleurite) o fenomeno parziale di stati mioclonici nell'encefalite epidemica, come vide Economo di Vienna (1918), o addirittura come forma abortiva dell'encefalite (Strümpell), singhiozzo epidemico; ovvero può rappresentare anche un fenomeno di natura isterica (singulto isterico) che può durare settimane e mesi (Fumarola).

L'eccitamento delle fibre è dato dallo stimolo diretto o indiretto del frenico, poi si trasmette al diaframma o contemporaneamente nel lato destro e sinistro (singulto ispiratorio); o prima in un lato e in tempo immediatamente successivo anche nell'altro, provocando quello che io chiamo « doppio singulto » o « singulto rincalzato ».

Questa idea della scissione dell'azione del frenico credo non sia completamente errata se si ricordi che PANSINI nel *Progresso Medico*, 1888, dimostrava come ciascun frenico forma nella metà corrispondente del diaframma un plesso complicato, alla cui formazione concorrono ad un tempo rami provenienti dai tre ultimi nervi intercostali. Nelle maglie del plesso poi stanno gangli propri per cui si ammette una certa autonomia funzionale del diaframma, principale muscolo della respirazione. Azione indiscutibile sulla produzione del singulto rincalzato è esercitata dai particolari stati morfologici e dalla costituzione biochimica o dinamico-umorale.

Dato che l'etiologia degli spasmi muscolari è tutt'ora in gran parte sconosciuta, necessariamente dal lato terapeutico vi sono diversi punti di contatto, perchè il medico deve basare la sua cura non sulle cause delle irritazioni, ma sugli effetti: quindi è tutta una terapia sintomatica che quasi sempre lascia il tempo che trova.

Si hanno a disposizione numerosi rimedi interni più o meno efficaci: bromuro di potassio, arsenico, curaro, morfina, oppio per non dire della elettro-terapia cui gli antichi autori riconoscevano un'azione puramente psichica o suggestiva mentre gli autori moderni (Vinaj) le riconoscono un'azione reale e specifica.

Anche l'atropina e derivati trovano utile applicazione nelle affezioni spasmodiche appunto per l'azione paralizzante esercitata sulla eccitabilità dei nervi periferici addetti alle ghiandole e quelli che si distribuiscono ai muscoli lisci; l'effetto antispasmodico dell'atropina è sempre superiore a quello dell'oppio e morfina che però hanno azione sedativa maggiore (Marfori). Più attiva e forse meno tossica dell'atropina è la josciamina, isomero ottico dell'atropina; ma è così diffusa la reputazione di tossicità straordinaria della josciamina, da costringere qualche farmacista a non azzardarsi neppure a maneggiarla!

Certo è stato bene mettere in guardia tutti sull'uso prudente di questi principî iperattivi ma non bisogna esagerarne i timori, quando l'uso è razionale, il dosaggio preciso, e il prodotto cristallizzato sia chimicamente puro e rigorosamente titolato come è la josciamina.

A proposito dell'atropina leggevo tempo addietro sul *Progresso Italo-Americano*, settembre 1922, che un certo dott. Laval di New York consiglia vivamente le iniezioni endodermiche di 2-3 decimilligrammi di atropina contro gli accessi di singhiozzo. E sin qui nulla di straordinario o di nuovo, ma il meraviglioso sta nella tecnica tutta... americana che il Laval consiglia quale *conditio sine qua non*.

« L'iniezione, dice, viene praticata sul dorso nella regione interscapolare penetrando con l'ago ben solido nella compagine della pelle con la sola punta, mentre l'ammalato incrociando le braccia sul petto fa in modo che la cute di quella regione resti ben tesa. Nella massima parte dei casi basta una sola iniezione, ma qualche volta per ottenere un risultato completo ne occorrono due! ».

Perchè il Laval ha prescelto questo metodo? È riuscito a determinare forse una speciale corrispondenza metamerica della regione interscapolare con il diaframma?

Veramente non è possibile affermare categoricamente questa rispondenza perchè risulta che è ancora controversa la questione riguardante l'origine metamerica del diaframma.

È certo che la metameria non è egualmente evidente dovunque sia riconoscibile, perchè nello sviluppo più completo ogni metamero dà ai singoli segmenti un valore diverso e forma e volume differente, per cui è perduta la primitiva uniformità, la indipendenza e somme di metameri in origine distinti, si uniscono dando complessi metamerici; perciò, quando la metameria è scomparsa, i singoli organi, solo in modo difficile ad intendersi, mostrano la condizione una volta esistita. È certo anche che questa difficoltà è più spiccata per il diaframma per cui lo stesso Gegenbaur (*Anatomia comparata*, 1877) si limita ad ammettere che il diaframma possa avere origine dai muscoli e metameri sottovertebrali cioè entro la cavità toracica; mentre Kingsley di Filadelfia fa derivare il diaframma dai metameri corrispondenti al traverso ed in parte al retto (*Cutlines of Comparative Anatomy of vertebrates*); e per Ihle, van Kampen, Versluys pare che prenda rapporti con i metameri dei muscoli sottobranchiali (*Vergleichende Anatomie der Wirbeltiere*). La zona interscapolare (piani superficiali) per ciò che riguarda la sensibilità, è alla dipendenza dei rami posteriori dei nervi spinali toracici, mentre i nervi intercostali (che rappresentano i rami anteriori di questi nervi spinali toracici) concorrono, secondo la maggior parte degli AA., alla innervazione del diaframma (Schepper, *Beitrag zur Frage der motorischen Innervation des Zwerchfelles; Beitrage zur Klinik der Tuberk.*, Berlin 1923).

Se tanto imprecisa è ancora la origine metamerica del diaframma e si sa che il sistema muscolare dei vertebrati deriva dal mesoderma, che subisce la differenziazione in muscolatura dello scheletro e cutanea, e che dai muscoli cutanei bisogna escludere quelli che appartengono in proprio al tegumento, più incomprensibile appare il fondamento del metodo del Laval.

La zona interscapolare ubbidisce alla innervazione dei nervi spinali toracici che solo limitatamente, e non certo nella regione interscapolare, con alcuni esili filuzzi, provenienti dagli intercostali, perforano le inserzioni costali del diaframma; quindi questi filuzzi intercostali si distribuiscono esclusivamente alla parte del diaframma prossima alle coste, mentre la maggior parte di questo muscolo sta sotto la dipendenza del nervo frenico che non ha nulla a che fare con la regione intescapolare (Luschta, Cavalié, *Journal de l'Anatomie*, marzo 1898).

Dopo tutte queste considerazioni, non si vede la ragione della tecnica del Laval, quando poi ognuno ricorda che il singhiozzo è uno spasmo clonico del diaframma — *musculus unus, sane omnium fama coeleberrimus* (Spigelio) — e quando ripenso che nell'ottobre 1930 un caso di singhiozzo imponente (80 accessi al minuto!) e persistente da nove giorni, in un certo Francesco Colella di Evangelista, di anni 31, di questo paese, fu troncato da una comunissima iniezione ipodermica di atropina al braccio; e come nel gennaio 1932 un altro caso di singhiozzo insistente da tre giorni in un certo Lombardi Giulio di Villa S. Stefano (Frosinone) cessò con la somministrazione di due granuli di josciamina.

Cose simili ogni medico potrebbe attestare per cui non si può trovare nel metodo del Laval che l'intenzione dell'autore di sfruttare tutta l'azione psichica e suggestiva della tecnica semplice ma... americana!!

Agosto 1933-XI.

RIASSUNTO.

L'A. esamina le cause del singhiozzo persistente e ne discute la cura, di cui adduce due esempi; contesta il valore di una pratica preconizzata dal dott. Laval, di New York, la quale non trova giustificazione nell'embriologia e nella teoria metamerica.

CASISTICA E TERAPIA.

Gli stati ipoglicemici.

A. Landau e T. Hercenberg (*Rev. belge des sciences méd.*, ottobre 1933) riconoscono che è necessario fare distinzione fra ipoglicemia, sindrome ipoglicemica ed iperinsulinemia.

1) L'ipoglicemia costituisce uno stato chimico del sangue in cui il contenuto in glucosio è inferiore a quello considerato come normale.

2) La sindrome di ipoglicemia costituisce un insieme di sintomi clinici specifici che formano un'entità morbosa ben definita. Tale malattia esige un trattamento particolare che consiste nella somministrazione di zucchero e di altri carboidrati.

3) L'iperinsulinemia è uno stato del sangue caratterizzato da eccesso di insulina, in seguito ad iperfunzionamento degli isolotti di Langerhans, per cui ne risulta un apporto eccessivo di insulina. Tale stato è la causa più frequente, ma non unica, della sindrome ipoglicemica.

È necessario rilevare la discordanza esistente fra il tasso della glicemia e la comparsa dei sintomi clinici. Accade talora che con una glicemia considerata inferiore alla normale man-

cano in sintomi, che si possono invece avere con una glicemia superiore.

La sindrome clinica di ipoglicemia può presentarsi con l'aspetto di altri stati morbosi, donde spesso delle difficoltà diagnostiche. Nel caso degli AA., si avevano delle crisi dispnoiche particolarmente al mattino e scomparenti dopo i pasti.

In presenza di crisi isteriche, epilettiche, comatose e di diversi disturbi psichici, non si deve dimenticare la possibilità di ipoglicemia. La ricerca della glicemia a digiuno, dell'iperglicemia alimentare e della glicemia durante la giornata può avere, in questi casi, grande importanza. *fil.*

La glicosuria e la glicemia nella diagnosi e prognosi del diabete.

La glicosuria deve far sospettare il diabete, ma è necessaria la conferma mediante la determinazione della glicemia a digiuno; se sono state prese tutte le precauzioni necessarie, i valori superiori a 120 mg. costituiscono un argomento in favore del diabete. Si deve tener conto delle affezioni concomitanti (nefrosclerosi, affezioni cutanee); ad ogni modo, una glicemia inferiore a 85 mg. permette di escludere con certezza il diabete. In nessun caso di diabete benigno, anche durante il trattamento, G. L. Piotrowski (*Bruxelles méd.*, 15 ottobre 1933) ha trovato valori inferiori a 90 mg.

In caso di valori compresi fra 85 e 120 è necessario procedere ad altri esami. In qualche caso, la glicemia sperimentale può dare utili nozioni, ma le cause d'errore sono ancor maggiori che per la glicemia a digiuno.

L'A. ritiene preferibile utilizzare l'*indice di assimilazione* di Hess-Thaysen, che si determina nel modo seguente.

Determinazione della glicemia a digiuno. Iniezione endovenosa di 12 unità di insulina, poi, presa di sangue ogni 5 minuti, fino al 40° minuto ed ogni 10 dal 40° al 100°. La quantità di insulina è tale da produrre un effetto netto senza fenomeni sgradevoli. La via endovenosa è preferibile per l'azione rapida e permette di eliminare i coefficienti della rapidità di assorbimento e del peso del malato. L'indice si calcola con la formula seguente:

$$I = \frac{\frac{b}{a} \times 100}{t}$$

in cui : a = glicemia a digiuno; b = glicemia minima; t = tempo trascorso fra a e b.

Nei normali, l'indice è di 1,7-2,3, con variazioni che non oltrepassano il 15 %. Nei diabetici, si ha generalmente un indice inferiore; il diabete è tanto più grave quanto più basso è l'indice. Dal punto di vista terapeutico, si tenga presente che un indice superiore a 1,0 indica una tolleranza agli idrati di carbonio sufficiente senza insulina; per valori da 0,7 a 1,0, è necessaria una modica quantità, mentre ne sono necessarie forti quantità quando l'indice è sotto 0,7.

L'interessante si è che l'indice è indipendente dall'altezza della glicemia a digiuno.

L'inconveniente di questa determinazione consiste nelle troppo frequenti prese di sangue. Perciò l'A. le ha ridotte a 3 (30, 60, 90 minuti dopo l'iniezione d'insulina), ottenendo valori che praticamente si accostano a quelli che si hanno con il metodo originale. *fil.*

L'ossalemia. Origini e trattamento.

L'origine dell'acido ossalico nell'uomo va riferita: 1) all'introduzione eccessiva od all'assimilazione rallentata degli zuccheri; 2) al metabolismo difettoso e rallentato dei gucidi e specialmente del glicogeno nei tessuti; 3) alla formazione endointestinale di acido ossalico a spese di certi grandi parassiti, come la tenia.

M. Loeper (*Nutrition*, 1933, n. 1) consiglia pertanto di sopprimere gli elementi ossaligeni, come gli zuccheri e di non abusare delle sostanze muscolari che non sono esclusivamente azotate; sotto tale riguardo, il pesce va meglio che la carne. Si deve eccitare la funzione epatica, quasi sempre deficiente, capace di fabbricare l'acido ossalico, ma incapace di distruggerlo. Si deve asettizzare l'intestino e sbarazzarlo dai parassiti che eventualmente vi si trovassero.

Si deve accelerare la nutrizione mediante l'esercizio, i movimenti respiratori, l'ossigeno, i medicamenti ossidanti, i raggi ultravioletti ecc. Di grande utilità è l'insulina, che si attacca direttamente alla causa dell'ossalemia: la combustione normale e regolare dello zucchero. *fil.*

Tetania spontanea da iperventilazione.

La causa della tetania è generalmente attribuita ad uno stato di alcalosi del sangue in seguito a perdita di diossido di carbonio dal sangue.

J. W. Scott e M. M. Cantor (*Amer. Journ. Med. Sc.*, ottore 1933) descrivono un caso in cui, seguendo ispirazioni forzate volontarie, compariva una crisi di tetania: dopo 10 minuti dall'attacco, il sangue mostrava una diminuzione del bicarbonato del plasma, un aumento del pH e una lieve ripresa del cloro e del calcio; nelle urine il pH era aumentato e v'erano corpi chetonici. Gli AA. ritengono che la facilità alla tetania possa essere spiegata da un difficoltato meccanismo di protezione esercitato degli joni cloro, che vengono normalmente mobilizzati dal sangue (emazie) e dai tessuti — a scopo di neutralizzazione — dell'alcalosi.

V. SERRA.

Un caso di osteite deformante.

Colt e Lyale (*British Med. Journ.*, 10 luglio 1933) descrivono un caso di « Osteitis deformans ». Lasciamo inalterata la denominazione data dagli AA. non riuscendo chiara la natura

e l'interpretazione clinica della forma. Si trattava di una donna di 54 a., in cui a fratture a ripetizione si associava deposizione patologica progressiva di calcio e di fosforo nelle ossa ispessite e deformate.

Nel caso specifico era urgente di impedire l'aumento di volume del cranio e delle ossa del volto anche per prevenire, se possibile, la compromissione dei nervi cranici. Per mobilizzare il calcio osseo, venne istituito e per lungo tempo continuato un trattamento con paratormone per iniezioni (5-10 U. C. al giorno), e con fosfato acido di sodio per bocca, allo scopo questo di ridurre l'assorbimento intestinale di calcio e di favorirne l'eliminazione urinaria.

Agli AA. sembra che qualche vantaggio si sia ottenuto. Non si vuol certo affermare dimostrato che tale osteitis deformans (di cui non sono precisati i rapporti col Paget) si associ ad ipoparatiroidismo. Però un trattamento con paratormone dovrebbe essere indicato quando si voglia allontanare del calcio e del fosforo dall'organismo. Evidentemente si dovrebbe meglio precisare: dallo scheletro.

Osservando il loro caso, gli AA. hanno potuto rilevare anche come il parathormone eserciti benefica azione sulla guarigione delle fratture, in cui il callo osseo si forma rapidamente e secondo tipi normali.

Gli AA. non dicono come questa osservazione possa esser messa d'accordo colla citata azione dell'estratto paratiroideo, mobilizzatore del calcio osseo. M. COPPO.

Sindromi associate acrocianotiche ed acromegaloidi e ricambio energetico.

L. Levi (*Arch. di Patol. e Clin. Med.*, fasc. V, aprile 1933) ha studiato tre giovani donne affette da una sindrome associata acrocianotica ed acromegaloide, la quale per i suoi aspetti clinici presenta una particolare individualità.

Detta sindrome si fonda su un complesso di disordini umorali e nervosi della sfera vegetativa. E per ciò che riguarda il sistema nervoso vegetativo è da escludere che si tratti di una distonia globale, mentre tutti i rilievi portano ad ammettere una disestesia parziale, fondamento patogenetico della componente acrocianotica. Nelle osservazioni che sono state oggetto di studio l'acrocianosi appare legata ad ipoevolutismo costituzionale, nel determinismo del quale possono avere un particolare valore i fattori ereditari. Infatti due delle osservazioni dimostravano evidente il carattere familiare.

Nelle pazienti il ricambio energetico basale accuratamente studiato è risultato normale. L'azione dinamico-specifica dei cibi è risultata generalmente bassa e non ha subito variazioni di sorta dopo somministrazione parenterale di estratti endocrini. C. TOSCANO.

La terapia dei disturbi endocrini maschili.

I disturbi endocrini connessi con la vita genitale si presentano anche nell'uomo, sebbene non in periodi nettamente precisati come per la donna.

Così, allo stabilirsi della pubertà mascolina, si può avere una ipoorchidia che si manifesta con una certa mollezza di temperamento, con l'aspetto infantile o femminile, talora con obesità e senza istinti sessuali.

Più frequenti sono i disturbi della così detta menopausa maschile, fra i 50 e 60 anni. Si hanno talora delle vampate di calore come nella donna, disturbi cardiovascolari: tachicardia, extrasistoli, aumento della tensione arteriosa. Disturbi venosi: emorroidi, flebiti. Talora disturbi gastrici. Frequenti gli accidenti renali, poliuria, pollachiuria. Cambiamento di carattere: l'uomo diventa nervoso, irritabile, impressionabile.

Il testicolo, però, non è il solo insufficiente in questi stati, a cui partecipano tutte le ghiandole endocrine. Ne risulta un turbamento del metabolismo, specialmente del calcio e del fosforo, con rallentamento degli scambi.

Pillière de Tanouarn (*Thèse de Paris* e *Gaz. d. Hôpitaux*, 18 ottobre 1933) riconosce che tali disturbi sono sotto l'influenza del sistema neuro-vegetativo: il tono vago-simpatico è turbato e l'equilibrio è rotto.

L'A. pertanto consiglia una cura a base di lattato di calcio (che agisce sul sistema vagosimpatico) di glicerofosfato di magnesio (che agisce sullo stato generale), di jodometilato di esametilentetramina (che agisce sul cuore, fegato e reni) a cui aggiunge delle polveri di organi (testicoli ed ipofisi; quest'ultima soltanto per i disturbi della pubertà). Per i disturbi della così detta menopausa maschile, aggiunge anche della teobromina. *fil.*

SEMEIOTICA.

Diagnosi precoce dell'angina pectoris.

Non è sempre facile, osservano Scherf e Goldhammer (*Wiener med. Wochens.*, 22 luglio 1933) distinguere se i dolori alla regione cardiaca sono o non dovuti ad un'angina pectoris. L'esame clinico offre pochi dati poichè, anche se esistono vizi valvolari, mesoarterite od ipertensione, non vi è nessuna prova dimostrativa dell'angina pectoris. Vi sono poi dei malati con dolori vaghi o di localizzazione atipica, come p. es. all'appendice xifoidea, che fanno talora pensare a fatti addominali. È stato considerato come un segno di gran valore l'aumento della pressione durante l'accesso, ma si comprendono le difficoltà di rilevare tale fatto per cui occorre essere presenti all'accesso stesso.

Gli AA. hanno trovato che l'esame elettrocardiografico può dare utili indicazioni. Si fa salire all'infermo una scala di 64 gradini e si procede subito all'esame elettrocardiografico che dimostra, nei casi positivi, delle alterazioni corrispondenti il più spesso allo spazio S-T

e più raramente all'onda T. Le alterazioni si presentano subito od entro 1-5 minuti.

In 40 pazienti con una storia caratteristica di angina pectoris, la prova riuscì nettamente positiva in 32 (80 %).

Nei casi iniziali, gli AA. trovarono utile la somministrazione di una miscela di: tetranitrato di eritrol (mg. 5); chinidina (cg. 10); eupapaverina (cg. 3); solfato di atropina mg. 0,2); luminal (cg. 1), con un po' di bromuro e di teobromina. Tale dose si somministra 3 volte al giorno per 3-5 settimane. Nei casi gravi, si fanno delle iniezioni endovenose di eufilina od eupapaverina. Il trattamento ha avuto un ottimo esito, controllato dall'elettrocardiogramma. *fil.*

Le anisosfigmie.

Si designano col nome di anisosfigmie le ineguaglianze di ampiezza del polso, indipendenti da una variazione del ritmo. M. Catz (*Thèse de Paris*, Jouve ed., 1933, e *Bull. méd.*, 21 ott. 1933) le classifica in due grandi tipi: le A. periodiche (che si riconoscono mediante la palpazione e la grafica del polso) e quelle aperiodiche, che cioè si presentano senza ritmo e si riconoscono soprattutto mediante l'ascoltazione arteriosa.

Fra le periodiche, l'A. distingue quella respiratoria, il polso paradossale, l'anglospasmo ritmico ed il polso alternante.

Fra le aperiodiche, od anisosfonosfigmie, l'A. studia il « buco » ascoltatorio e l'aritmia di tensione. Il « buco » ascoltatorio consiste in una zona di silenzio che si avverte durante un'ascoltazione arteriosa, fra i rumori arteriosi più o meno bene netti. Tale fenomeno è stato considerato connesso con la forma anacrota del polso. Invece, l'A. ritiene che non vi sia rapporto tra la forma del polso ed il « buco » ascoltatorio; tutte le cause che modificano le qualità sonore della parete arteriosa possono farlo comparire o sparire; esso corrisponde, nella curva ascoltatoria al momento delle forze vive sistoliche più deboli.

Nell'aritmia di tensione, le pulsazioni mute, invece di essere raggruppate, sono disseminate su tutta la curva ascoltatoria. Contrariamente a quanto avviene per il « buco » ascoltatorio che dipende dalle proprietà sonore della parete arteriosa, il silenzio dipende dall'ineguaglianza dello sforzo ventricolare; tale aritmia di tensione indica quindi un inizio di insufficienza miocardica.

L'A. insiste sulla necessità di restringere il valore pronostico che si attribuisce ad alcune di tali anisosfigmie. Per il polso alternante e specialmente per il « buco » ascoltatorio, si deve considerare la molteplicità dei fattori, vascolari, nervosi e miocardici, che intervengono nella loro produzione. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul passaggio del batteriofago nelle urine dell'uomo e degli animali.

Le opinioni degli sperimentatori non sono del tutto concordi circa il tempo di comparsa e di durata del batteriofago nell'urina dopo la sua introduzione per iniezione nel corpo degli animali e tanto meno circa la possibilità di rintracciare il batteriofago nell'interno dell'organismo dopo la sua introduzione per os. nel tubo digerente.

I. Chiofalo (*Giorn. di Batter. ed Immun.*, giugno 1933) ha istituito delle ricerche in proposito ed ha osservato che il batteriofago introdotto sotto cute negli animali compare nelle urine, ove si presenta in quantità notevole 12 ore dopo, decresce nelle ore successive e scompare fra le 48 e le 72 ore; il batteriofago introdotto per bocca in uomini normali per alcuni giorni sembra talora comparire in piccole quantità nelle urine e per breve tempo. Lo stato patologico delle vie urinarie sembra favorire il passaggio nelle urine del batteriofago inserito. C. TOSCANO.

VARIA

La tubercolosi è realmente contagiosa?

In un lungo articolo — che si apre e si chiude con nobili parole verso il biologo A. Lumière che da qualche tempo sostiene e cerca di dimostrare che la tubercolosi non è contagiosa, che le varie misure di profilassi sono superflue, e che la denunzia obbligatoria della tubercolosi sarebbe « crudele e vana ». — Calmette ha risposto combattendo ad uno ad uno gli argomenti del Lumière (*La Presse Médic.*, 27 settembre 1933). Egli dimostra come la contagiosità della tubercolosi sia non un'ipotesi vuota di fondamento ma una realtà formidabilmente operante: e che sarebbe non solo falso, ma disonesto e assai pericoloso lasciar diffondere nel pubblico l'idea del contrario.

V. SERRA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

G. MONTANELLI. *Lo zolfo in oculistica.* — Ist. Edit. Cesalpino, Milano, 1933.

G. B. MAFFEI. *Commemorazione del prof. R. Magnanimi.* — Tip. Cooperativa, Pavia, 1933.

A. MAZZOLANI. *La tubercolosi polmonare nel passato e nel presente.* — Tip.-Litografia, Tripoli.

A. PULT. *La cura iodica nella oroterapia.* — Milano, 1933.

G. MIGLIORINO. *L'ansietà costituzionale.* — Libr. Perrella, Napoli, 1933.

L. PICCHINI. *Tentati suicidi e suicidi con particolare riguardo alla città di Venezia.* — Grafiche Sorteni, Venezia, 1933.

V. BACCI. *Un nuovo strumento per semeiotica: il Pericnografo.* — Rif. Med., 1933.

L. CIARROCCHI. *Sull'auto- ed etero-squamoterapia della psoriasi.* — Rif. Medica, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La produzione e la vendita delle maschere antigas

L'*arma chimica*, espressione colla quale vengono designati i gas ad azione nociva (tossica, asfissiante, lacrimogena, ecc.) usati a scopo bellico, ha già avuto larga applicazione nel conflitto europeo, ed i continui progressi scientifici e tecnici hanno reso questo metodo di offesa sempre più micidiale, a danno non solo dei combattenti, ma anche della popolazione civile, per la quale, specialmente in conseguenza delle incursioni aeree, i gas tossici possono costituire una minaccia ed un pericolo gravissimo.

Poichè uno dei mezzi di difesa più efficaci contro tali gas, almeno contro quelli che agiscono sulle vie respiratorie o sugli occhi, è rappresentato dalle *maschere antigas*, il Governo Fascista si è preoccupato di garantire l'efficienza di questi apparecchi, prodotti dall'industria privata per uso della popolazione civile.

L'importante materia è stata disciplinata dalla legge 23 maggio 1932 n. 551 (*Gazz. uff.* 7 giugno 1932, n. 130) e dal relativo regolamento 29 maggio 1933, n. 1330 (*Gazz. uff.* 24 ottobre 1933, n. 248), dei quali riassumiamo le principali disposizioni.

La produzione e la vendita delle maschere antigas o apparecchi affini, destinati alla protezione individuale della popolazione civile in previsione di guerra, sono lasciate all'iniziativa dell'industria e del commercio, ma sottoposte ad una licenza di autorizzazione del Ministero della Guerra (Direzione del centro chimico militare) ed al pagamento di una tassa governativa (L. 500) per ogni tipo di maschera.

Ciascun esemplare di maschera antigas, posto in vendita per uso della popolazione civile, deve corrispondere esattamente al modello del tipo regolarmente autorizzato. È sottoposta a licenza anche la vendita di maschere antigas di fabbricazione estera importate nel Regno.

Le domande di concessione di licenza devono essere accompagnate dalla completa descrizione e dai disegni dell'apparecchio nell'insieme (*maschera*) e delle sue parti (*facciale, scatola-filtro, custodia* ecc.). Debbono darsi particolareggiate indicazioni, così della parte meccanica come di quella chimica, della scatola-filtro, nonchè delle garanzie di efficacia e di durata di essa, in confronto di determinate concentrazioni di gas e particolarmente del fosgene, della cloropicrina e delle arsine, che rappresentano i gas tossici tipici. A richiesta del fabbricante queste indicazioni potranno esser tenute segrete.

Ad ogni tipo di maschera va unita un'apposita *Istruzione per l'impiego della maschera*, nella quale sarà indicato anche il tempo di garanzia ed il modo di conservazione dell'apparecchio. Si devono pure notificare uno o più nominativi o sigle, che individuino la maschera, o parte di maschera, come tipo e come fabbrica di origine, da riportare, in modo visibile ed indelebile, su ciascun esemplare della maschera o delle parti di essa.

Le maschere antigas destinate alla popolazione civile sono costituite generalmente da due parti fondamentali: il facciale e la scatola-filtro, le quali devono presentare i seguenti requisiti fondamentali. Il facciale deve essere di materiale impermeabile ai gas e resistente agli acidi e agli alcali; essere facilmente conservabile per almeno tre anni; essere comodamente e rapidamente indossabile, in modo da isolare rapidamente gli organi della respirazione e gli occhi dall'ambiente esterno; mantenere bene l'aderenza al viso ed al capo, senza dar luogo a disturbi di compressione o da irritazione della pelle, anche se questa è in forte traspirazione; consentire una visibilità tale da permettere il regolare movimento della persona, anche in condizioni di illuminazione molto ridotta. La scatola-filtro dovrà essere di materiale tale da offrire le garanzie meccaniche e chimiche necessarie per il suo pratico impiego, e dovrà proteggere contro gli aggressivi chimici di uso bellico (gas, vapori, fumi). Il raccordo della scatola-filtro al facciale sarà fatto o direttamente mediante avvitatura o per mezzo di tubo flessibile. L'avvitatura deve essere di un tipo normalizzato prescritto dal regolamento, in modo che qualsiasi filtro possa adattarsi a qualsiasi facciale. Le scatole-filtro debbono essere esternamente verniciate in *color giallo-cromo* e tale colore è *obbligatorio e riservato unicamente ai filtri delle maschere per popolazione civile* in caso di aggressione chimica. Anche le maschere di provenienza estera devono corrispondere ai suddetti requisiti.

Al facciale ed alla scatola-filtro possono eventualmente essere aggiunte altre parti, come il *tubo flessibile*, che deve avere un diametro interno di circa mm. 25, essere impermeabile ai gas e consentire il passaggio dell'aria anche quando sia piegato su sè stesso, e il *sistema valvolare* (valvola di inspirazione e valvola di espirazione), il quale deve essere facilmente ispezionabile e ricambiabile, con valvole di espirazione a perfetta tenuta, conservabile a lungo e non deformabile coll'uso.

Le prove di collaudo, a cui vengono sottoposte le maschere, per ottenere la licenza di fabbricazione e di vendita, sono molteplici; ricordiamo, per la maschera, la prova di tenuta; per la scatola-filtro, la prova dell'urto, la resistenza respiratoria, l'efficacia protettiva contro il fosgene e la cloropicrina e contro i fumi;

altri saggi riguardano il tubo flessibile e le valvole per gli apparecchi che ne sono muniti.

Al Ministero della guerra spetta di controllare, colle norme stabilite dal regolamento, se il materiale messo in vendita sia stato autorizzato e se corrisponda al tipo per il quale fu concessa la licenza. I negozi di vendita devono tenere esposta una targa colla dicitura: *Vendita di maschere antigas per uso della popolazione civile.*

Il resultato sfavorevole degli accertamenti di controllo può dar luogo alla denunzia all'autorità giudiziaria, al sequestro o alla confisca del materiale, a seconda dei casi.

Le maschere di provenienza estera devono esser contraddistinte da marche o da segni ben visibili, nel modo che verrà prescritto all'atto del rilascio della licenza di vendita. Anche la fabbricazione di materiale antigas destinato all'esportazione deve essere denunciata al Ministero della guerra per l'opportuna sorveglianza.

Da quanto si è sommariamente esposto risulta evidente che le norme legislative di recente emanate assicurano una rigorosa disciplina della fabbricazione e vendita delle maschere antigas, per modo che, nella deprecata ipotesi di una nuova guerra, anche la popolazione civile potrebbe fare pieno affidamento sull'efficacia degli apparecchi offerti dal commercio per la difesa contro i micidiali effetti dell'arma chimica. A. FRANCHETTI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Proroga a tutto il 16 dic. del concorso a primario medico.

ALBANO LAZIALE (*Roma*). — Scad. 6 febbr.; 1ª cond.; L. 9000; addizionali L. 4 e L. 5 oltre i 1000 ed i 2000 poveri; c.-v.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 5 nov. Biennio di assistentato med.-chir. effettivo in grande Ospedale o R. Clinica.

BOVES (*Cuneo*). — Scad. 11 dic.; 2ª cond. capoluogo; L. 7700 oltre L. 2500 autom.; riduz. 12 %.

CAMAIORE (*Lucca*). — Scad. 25 gen.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 840 indennità coniugale, addizionale L. 4 oltre i 600 pov., L. 1000 trasp.

CANNÓBIO (*Novara*). — Vedi Milano.

CANTÙ. *R. Prefettura.* — Proroga al 15 dic., uff. san. del Capoluogo.

CORENO AUSONIO (*Frosinone*). — Scad. 12 dic.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.

FROSINONE. *Ospedale Umberto I.* — Scad. 18 dic.; aiuto med.-chir.; L. 5000 e partecipaz.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,50. Chiedere altre condiz. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

GANGI (*Palermo*). — Scad. 31 gen.; L. 8250 e 5 quinquenni dec., addizionale L. 3 oltre i 1000 iscritti.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami. Posto di ufficiale sanitario del Consorzio dei Comuni di Viadana, Dosolo e Pomponesco. Il concorso si svolgerà con le modalità di cui al R. D. 29 novembre 1925 n. 2266 ed in base al programma di esami approvato con decreto 6 febbraio 1926 dal Ministero dell'Interno.

Assegni annessi, decurtati del 12 % a termini del R. D. 20 novembre 1930 n. 1491; stipendio: L. 15.000 annue, suscettibile di tre aumenti quadriennali del decimo; indennità di trasporto: lire 3.000 annue, con facoltà del Consorzio di soppressione totale o parziale qualora dovesse fornire i mezzi di trasporto.

Diritti per le prestazioni nell'interesse di privati: nella misura stabilita da S. E. il Prefetto.

Al nominato è inibito l'esercizio professionale, come pure di assumere impegni od incarichi estranei all'ufficio, e prestarsi per pareri e consulti. Egli dovrà risiedere nel Comune di Viadana. I concorrenti dovranno presentare la domanda e i documenti come prescritti dall'art. 7 del citato R. D. 29 novembre 1925 n. 2266, in bollo competente e regolarmente legalizzati, alla R. Prefettura di Mantova, o direttamente o a mezzo di piego postale raccomandato. Ai documenti predetti dovrà aggiungersi anche il certificato di iscrizione al Partito Nazionale Fascista, rilasciato in competente bollo dal Segretario Federale. Sulla domanda indicare il recapito per le eventuali comunicazioni. I concorrenti saranno avvertiti a domicilio del luogo e della data che verranno stabiliti per i singoli esami.

Notizie sui Comuni compresi nel Consorzio:

Viadana: superficie Ha 10263; popolaz. abitanti 17.637;

Dosolo: superficie Ha 2584; popolaz. abit. 4255;

Pomponesco: superficie Ha 1233; popolaz. abitanti 2168.

Scadenza ore diciotto del 30 dicembre 1933-XII.

Per chiarimenti rivolgersi a la R. Prefettura di Mantova e alla Segreteria del Comune di Viadana capo Consorzio.

MILANO. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di Medico-Direttore del Preventorio Infantile « Umberto di Savoia » in Cannobio. Per titoli. Stipendio annuo iniziale L. 22.000, lorde, più indennità di servizio attivo di L. 6000, alloggio e vitto. Età massima anni 40. Scadenza 31 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale, Milano.

NAPOLI. *Albergo dei Poveri.* — Scad. 31 genn.; medico direttore di sala del Sanatorio S. Maria della Vita; titoli ed esami; L. 3000 annue.

NUORO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Proroga 11 dic., medico direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; L. 18.000 oltre L. 3000 serv. att. Rivolgersi alla Segreteria.

PIACENZA. *Consorzio Antitubercolare.* — La Presidenza rende noto che il termine per la consegna delle domande di concorso al posto di Assistente Sanitaria Visitatrice pel detto Consorzio che ha sede in Piacenza, via Garibaldi 50, è prorogato a tutto il 31 dicembre 1933.

ROMA. *Governatorato.* — Scad. 30 nov.; 8 medici condotti di 2ª classe; L. 14.000 aumentabili, oltre L. 1690 serv. att., L. 1500-3000-5000 disagiata resid.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

Sadali (*Nuoro*). — Posto per la condotta medico-chirurgica alle condizioni Capitolato tipo Provincia. Stipendio lire novecento, soggette trattenute legge e riduzione 12 %. Tassa L. 50. Documenti inviarli al Podestà di Sadali. Scadenza dieci gennaio 1934-XII.

Spigno Monferrato (*Alessandria*). — Posto di medico della seconda condotta. Stipendio L. 7040 con diritto a quattro aumenti quinquennali del decimo e L. 500 per indennità mezzi di trasporto. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Domanda e documenti di rito in bollo e legalizzati. Tassa concorso L. 50,10. Scadenza 15 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale

Terranova di Pollino (*Potenza*). — Per titoli. Posto di medico condotto. Stipendio base L. 7000, con sei aumenti quadriennali del dodicesimo. Indennità cavalcatura L. 2500. Tutto da ridursi del 12 % ed altre trattenute per legge. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. La domanda coi prescritti documenti, l'elenco dei quali con relative modalità ecc. possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Terranova di Pollino, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 20 dicembre 1933, A. XII.

Torino. *R. Opera Pia - Sanatorio S. Luigi.* — Scad. 31 gen ; direttore sanitario; stip. L. 16.720, aumentabili a L. 25.520 in 20 anni e serv. att. L. 4576, aumentabili a L. 7920 in 16 anni, già ridotti del 12 %; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 31 ott.; titoli. Per le altre condizioni chiedere annunzio.

Vercelli. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Posti di Direttore del Consorzio-Direttore del Dispensario provinciale e di Direttore della Sezione Dispensariale di Biella. Stipendio rispettivamente L. 30.000 (27.000 + 3.000) e L. 27.000 lorde. Scadenza 16 gennaio 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Vercelli, presso l'Amministrazione Provinciale.

Verona. *R. Prefettura.* — Per titoli ed esami, concorso al posto di Ufficiale Sanitario consorziale dei Comuni di Legnago, Bevilacqua-Boschi, Casaleone, Castagnaro, Gazzo Veronese, Minerbe, Roverchiara, Sanguinetto, Terrazzo, Villabartolomea, Cerea, Angiari, Bonavigo e S. Pietro di Morubio. Il limite massimo d'età stabilito è di anni 45, salve le esenzioni e le agevolazioni di legge. Al funzionario nominato sarà corrisposto lo stipendio di L 18.000 annue, al lordo delle trattenute di legge ed al netto della riduzione del 12 %, nonchè un'indennità fissa di L. 5000 con l'obbligo di autoveicolo. Gli aspiranti dovranno presentare la domanda, accompagnata dai prescritti documenti e dalla tassa di L. 50, al Comune di Legnago entro le ore diciotto del 23 dicembre 1933. Per informazioni gli interessati potranno rivolgersi alla R. Prefettura di Verona, oppure al Comune di Legnago.

Avvertenza. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

Borse di studio.

Concorso internazionale fra laureate.

Il collegio universitario inglese, « Girton Coll », dell'Università di Cambridge, ha bandito un concorso internazionale tra le laureate per una borsa di studio triennale « Alfred Yarrow » (1935-1937), dell'importo annuo di lire sterline 300, per ricerche scientifiche (matematica, fisica, scienze naturali, chimica, ingegneria, medicina, ecc.).

I documenti comprovanti le attitudini a ricerche originali nei rami di studio predetti devono essere trasmessi alla Segreteria dell'Associazione nazionale fascista donne professioniste, artiste e laureate, in Roma, non oltre il 1° gennaio 1934.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

A succedere al compianto prof. Orlando Pes, la Facoltà di medicina di Genova ha, con voto unanime, chiamato alla direzione della R. Clinica Oculistica l'illustre prof. Luigi Maggiore attualmente a Pisa.

Il prof. Barbara è stato incaricato, dalla stessa Facoltà, dell'insegnamento della patologia speciale medica.

Il « Policlinico » esprime ad entrambi il più cordiale compiacimento.

Il prof. Joseph Igersheimer, straordinario di clinica oculistica a Francoforte sul Meno, è stato chiamato e nominato, in qualità di ordinario della stessa disciplina, all'Università di Istambul.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Edoardo Mario Mondini in clinica pediatrica; Marco Davi in medicina operatoria.

Ordine della Corona d'Italia.

Grand'Ufficiali: prof. Augusto Giannelli, lib. doc. di Clinica neuropsichiatrica a Roma; prof. Ferruccio Schupfer, ordin. di Clinica medica a Firenze.

Commendatori: prof. Ruggero Balli, rettore della R. Università di Modena; prof. Ernesto Ciarla, lib. doc. di Clinica psichiatrica a Messina; prof. Francesco Galdi, ordin. di Clinica medica a Pisa; prof. Edoardo (detto Agostino) Gemelli, rettore della Univ. Cattolica di Milano; prof. Attilio Gentili, ordin. di Clinica oculistica a Pisa; prof. Francesco Spirito, ordin. di Clinica ostetrica-ginecologica a Siena; prof. Mario Zalla, ordin. di Clinica Malattie mentali e nervose a Firenze; prof. Giovanni Zurria, lib. doc. di Patologia chirurgica a Catania; dott. Filippo Paolelli, medico-chirurgo a Sermoneta; dott. Gustavo Minciotti, medico chirurgo a Foligno; prof. Domenico Antonio Tieri, libero docente di Clinica oculistica a Napoli.

Ufficiali: prof. Giuseppe Bolognesi, ordin. di Clinica chirurgica a Siena; prof. Candino Mantelli, lib. doc. di Patologia e Clinica chirurgica a Torino; prof. Gian Giuseppe Palmieri, lib. doc. e incar. di Radiologia a Bologna.

Cavalieri: prof. Federico Alzona, lib. doc. di Clinica medica a Bologna; prof. Guido Bossa, lib. doc. di Patologia dell'apparato respiratorio e Patologia tubercolare a Napoli; prof. Gerolamo Casarotto, lib. doc. di Odontoiatria e Protesi dentaria a Milano; prof. Cesare Decio, ordin. di Clinica ostetrica-ginecologica a Parma; prof. Vincenzo Diamare, ordin. di Istologia e Fisiologia sperimentale a Napoli; prof. Quirino Di Marzio, di Clinica oculistica a Bologna; prof. Adelchi Salotti, incar. di Radiologia a Siena; prof. Vittorio

Scimone, incar. di Terapia medica dell'apparato respiratorio a Padova; dott. Gastone Biondi, medico chirurgo a Foligno.

Si è riunita il 25 ottobre l'assemblea dei medici iscritti al Sindacato Medico di Milano, sotto la presidenza dell'on. prof. Perna, rappresentante il Sindacato Medico Nazionale, e alla presenza del dott. Riva, vice-presidente del Comitato intersindacale, e dell'avv. Gianturco, vice-presidente del Comitato provinciale dei Sindacati professionisti e artisti. La numerosissima assemblea ha eletto il prof. Carlo Baslini a segretario provinciale, a membri del Direttorio il dott. Ambrogio Binda, il dott. Ettore Cattaneo, il prof. Alfonso Cuzzi, il dott. Nino Della Mano, il prof. Mario Donati, il dott. Emilio Marinoni, il prof. Vito Massarotti e il prof. Andrea Vinaj.

Nel 40° anniversario del loro apostolato medico, i medici condotti del comune di Orzinuovi (Brescia) sono stati insigniti di medaglia d'oro.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Catania:

Inaugurazione dell'anno accademico.

Il giorno 5 novembre si è svolta in forma solenne la cerimonia inaugurale del nuovo anno accademico.

Il magnifico Rettore prof. Muscatello, che vestiva la toga, ha fatto la relazione sull'attività svolta dall'Ente Universitario nel passato anno accademico.

Ha ricordato che entro il nuovo anno accademico si compiranno cinque secoli da quando Re Alfonso d'Aragona concesse l'istituzione in Catania di uno « Studium generale ». Ha annunziato il prossimo compimento della costruzione del grande edificio per la Clinica e la Patologia medica e di quello per la Clinica Chirurgica.

Gli insegnamenti di medicina sono tenuti da professori di ruolo. Anche la Patologia medica avrà presto il suo titolare.

Un vivo elogio è stato tributato a due fiorenti istituzioni scientifiche che fanno onore all'Ateneo, la Società italiana di Biologia e la Società medico-chirurgica.

Il Rettore ha messo in rilievo con compiacimento come il numero degli studenti sia aumentato a 1376.

La chiara relazione è stata alla fine calorosamente applaudita. A. T.

Da Messina:

Universitaria.

Il discorso inaugurale dell'anno Accademico nella R. Università di Messina è stato tenuto dal chiar.mo prof. Giuseppe D'Agata, direttore della R. Clinica Chirurgica, svolgendo il tema: « Concezioni moderne di assistenza sanitaria e sociale ai bambini minorati ».

* * *

Il prof. D'Agata, iniziando il corso ufficiale di clinica chirurgica a Messina ha, con commosse parole, commemorato il suo Maestro prof. Enrico Burci, del quale ha rievocato la nobile figura di scienziato, di insegnante, di professionista e di uomo, mettendo in evidenza la perdita subita dalla famiglia universitaria.

NOTIZIE DIVERSE.

Inaugurazione dell'anno accademico all'Ateneo Romano.

Con austero rito fascista il 18 novembre venne inaugurato il 631° anno accademico dell'Ateneo romano. Alla solenne cerimonia intervennero i ministri dell'educazione nazionale, di grazia e giustizia, dell'agricoltura e foreste, il segretario del Partito, altre altissime autorità. Il Senato accademico e i professori presenziarono la cerimonia in toga e camicia nera.

Nell'occasione la Principessa Maria di Savoia tenne a battesimo il rinnovato vessillo dell'Università.

Il rettore magnifico, nella sua ampia relazione, illustrò il poderoso sviluppo dell'Università. Informò, tra l'altro, che nell'anno scolastico 1932-33 gli studenti salirono a 6516, di cui 419 stranieri, e tra questi 215 americani iscritti nella Facoltà di medicina.

Il prof. Silvestro Baglioni, titolare della Cattedra di fisiologia umana, pronunziò una smagliante orazione inaugurale sul tema « Umanesimo e medicina ».

L'assistenza ai malati di mente in Provincia di Genova.

È giusto vanto della provincia di Genova l'aver dato al problema dell'assistenza degli infermi di mente una soluzione organica e complessa.

Si sono unificati i tre preesistenti Istituti manicomiali di Genova-Quarto, Cogoleto e Paverano.

L'Istituto di Cogoleto, con una grande Colonia agricola ormai in piena attività e con una varia e produttiva azienda industriale, diviene l'esemplare della organizzazione rieducativa e valorizzatrice dei mentali cronici fisicamente validi e parzialmente ricuperabili.

Sono a ciò preordinate in quel grande villaggio ospedaliero le costruzioni di tre grandi nuovi padiglioni per cronici e maniaci lavoratori; accoglieranno anche in parte i cronici mentali del vecchio istituto urbano di Paverano di imminente cessazione.

I nuovi grandiosi edifici di Cogoleto portati a compimento nell'anno XI hanno la capienza complessiva di circa 500 posti-letto ed hanno importato una spesa di 5 milioni.

Sono state pure condotte a compimento nell'anno XI importanti opere di svecchiamento e restauro del vetusto Manicomio provinciale di Quarto.

Per queste opere di sistemazione è stata erogata una spesa di circa due milioni.

Ma l'opera più importante e veramente monumentale compiuta in quest'anno dalla provincia di Genova nel campo edilizio ospedaliero, è il nuovo grandioso *Istituto clinico per le malattie mentali* eretto dalla provincia, con tre anni di assiduo lavoro, sulla collina di Genova-Quarto, in prossimità del vecchio Ospedale psichiatrico.

Il nuovo e magnifico Istituto inaugurato con rito fascista il 28 ottobre, ha la capienza di 500 posti-letto. È dotato di laboratori scientifici completi e attrezzatissimi, per la psicofisiologia, l'antropometria, l'elettroterapia ed elettrodiagnostica, la radiologia. In edificio apposito sono situati i gabinetti di microscopia, di chimica, di fisiolo-

gia sperimentale e di sierologia. Vi è inoltre un completo quartiere chirurgico.

All'ultimo dei tre piani, completamente separato e distinto dall'ospedale comune, con servizi autonomi e con ascensori che salgono direttamente dall'ingresso, è un Reparto di pensionato per gli infermi agiati.

Il nuovo Istituto ha una cubatura, vuoto per pieno, di 85.000 metri cubi circa, sopra un'area coperta di 5100 metri quadrati. Lo sviluppo totale della facciata principale è di metri 296. Il costo totale della costruzione, compresa ogni spesa di arredamento e di impianto sia industriale che scientifico, si aggira sui dieci milioni.

L'Ospedale di Poggiardo.

A Poggiardo, nell'estremo Salento, la pietà di una gentildonna del luogo, signora Felicetta Pispico, consorte del Segretario del locale Fascio di combattimento comm. Mauro, ha voluto far sorgere un piccolo ma modernissimo ospedale, in omaggio alla memoria del defunto fratello Francesco Pispico. Il progetto è stato ideato e realizzato dall'ing. Pasquale Franco. L'edificio si intona alle odierne correnti architettoniche ma con sobria eleganza di linee e perfetta comprensione dell'uso cui l'edificio è destinato.

L'ospedale consta di un fabbricato a due piani, dei quali uno seminterrato dove hanno trovato posto tutti i servizi sussidiari ed accessori. Gli ambulatori, invece, le stanze d'isolamento, la sala operatoria, la sala di medicazione e, infine, l'alloggio per le suore addette all'assistenza dei degenti, si trovano razionalmente distribuiti nel piano rialzato.

L'Istituto che, comprese le necessarie dotazioni, ha importato una spesa di oltre 800 mila lire, sarà probabilmente gestito da un apposito consorzio del quale è in vista la creazione fra le Amministrazioni podestarili di Poggiardo e dei Comuni viciniori.

La colonia alpina Mario Garbagni.

Merita menzione quest'opera, condotta a termine durante l'anno XI, destinata ai figli dei dipendenti della S. A. Stabilimenti di Dalmine. Sorta a monte di Castione della Presolana (Bergamo), venne inaugurata nel luglio scorso. Si tratta di un fabbricato, ideato dall'arch. Greppi, comprendente 55 locali distribuiti in quattro piani su un'area di 750 metri quadrati, con 220.000 metri quadrati di pineta attorno. La Colonia può ospitare 150 ragazzi; è diretta da un sanitario, da quattro maestre e da otto infermiere, ed è attrezzata modernamente. Il Duce ebbe a dire, in occasione di una sua visita: « ... questa è la vera collaborazione di classe; questo significa fare l'interesse della Nazione, della produzione, del capitale e delle stesse maestranze ».

Le nuove costruzioni sanatoriali inaugurate alla fine dell'anno XI.

L'undecimo Annuale della Marcia su Roma è stato solennizzato, come ogni anno, in ogni provincia d'Italia, con la inaugurazione di un numero imponente di opere pubbliche. Fra queste, molte anche le costruzioni sanatoriali.

È difficile dare oggi un elenco completo di queste opere, epperò ci limitiamo ad indicarne soltanto alcune tra le più importanti:

I due Sanatori costruiti dall'Istituto nazionale fascista della Previdenza Sociale a Caltanissetta ed a Cagliari; il primo, capace di 142 letti, costruito ed arredato secondo i più moderni dettami della tecnica sanatoriale, è circondato da un parco di circa 60.000 mq.; il Sanatorio di Cagliari ha la capacità di 176 letti in padiglioni provvisori mentre il Sanatorio definitivo, in corso di costruzione, disporrà di 165 posti.

Il Sanatorio di Cremona, costruito pure dall'Istituto suddetto, con una capacità di 238 letti.

A Teramo l'Ospedale sanatoriale sorto per gli auspici della Congregazione di Carità e mediante generosi lasciti di cittadini: l'Istituto ha la capacità di 200 letti.

Presso Borno, tra la Valle di Sclave e la Val Camonica, un Sanatorio della capacità di circa 70 letti, costruito per iniziativa del Consorzio di Brescia.

Il Sanatorio di Vittorio Veneto, in località Costa, in mezzo ad un vasto parco ai piedi del Monte Pizzoc, di proprietà del Consorzio Antitubercolare di Treviso. Consta di tre piani ed ha la capacità di 166 letti.

Il Sanatorio Antitubercolare di Teramo, sorto per opera di tre cospicue elargizioni date dai signori Alessandrini-Romualdi, Ventilii e Petrini, capace di accogliere 105 malati.

Il nuovo lebbrosario di Genova.

È stato recentemente inaugurato a Genova il nuovo lebbrosario.

Il fabbricato consta di uno scantinato per i servizi minori e di due piani della superficie di mq. 470 ciascuno: ha un fronte di 33 metri, oltre a due corpi laterali adibiti, l'uno, con due terrazzini coperti, a soggiorno e l'altro a cappella. Il piano terreno rialzato è destinato agli uomini; il primo piano alle donne; la disposizione dei locali è simile.

Nel lato di ponente vi sono camere rispettivamente a quattro ed a sei letti, una stanza di isolamento ad un letto ed una a due letti, la cucina, il bagno ed i servizi. In fondo al corridoio vi è l'ingresso alla cappella, che in altezza comprende entrambi i piani, di modo che alle funzioni religiose potranno assistere tanto gli uomini, quanto le donne. A levante vi sono: una sala di soggiorno, una per gli infermieri, la direzione, la sala medica, la sala per lo spogliatoio e disinfezione, il guardaroba e il laboratorio.

Misure speciali sono state prese per garantire una assoluta disinfezione per cui si è pure provveduto all'impianto di un depuratore per le acque di rifiuto, che poi si immettono nella fogna. L'edificio è attorniato da una zona di rispetto che verrà convenientemente cintata.

Una rassegna della lotta antitubercolare nel Barese.

In occasione della IV Fiera del Levante — rigogliosa rassegna dell'attività industriale e commerciale italiana, alla quale convengono, annualmente, centinaia di migliaia di visitatori — il Consorzio provinciale antitubercolare di Bari, con iniziativa intelligente ed accorta, ha voluto illustrare, in un apposito stand, l'opera compiuta nella provincia dalle varie organizzazioni preposte alla lotta contro la tubercolosi.

La Mostra, ideata e realizzata con mezzi semplici, moderni, attraenti, è risultata una efficace rassegna dell'azione che in questo campo — con grande fervore e applicando le saggie direttive

date dal Regime — è stata svolta con chiarezza d'intenti ed oculato impiego dei mezzi a disposizione.

Associazione Fascista Italiana per l'Igiene.

Sotto la presidenza del prof. Oddo Casagrandi, in sostituzione di S. E. Dante De Blasi, si è riunita a Milano l'Associazione Fascista Italiana per l'Igiene. Si sono concretate le norme dell'XI Congresso Nazionale d'Igiene, che si terrà nel prossimo anno. Si è pure progettata una Mostra d'Igiene e si è discussa l'assegnazione dei premi Sclavo in memoria del compianto primo presidente. Venne poi prospettata la costituzione di un Museo e la possibilità di farlo sorgere a Milano. Su questo tema parlò il prof. Veratti.

Istituto belga di medicina tropicale.

Il 4 novembre venne inaugurato il nuovo Istituto di medicina tropicale « Principe Leopoldo » sorto ad Anversa, il quale sostituisce l'antica Scuola di medicina tropicale fondata a Bruxelles.

Alla cerimonia intervennero S. A. R. il duca di Brabante, il ministro di Stato Franqui, il ministro della pubblica istruzione Lippens ed altre autorità e personalità.

L'Istituto, che si è voluto far sorgere in una città porto di mare, togliendolo alla capitale, consta di quattro grandiosi edifizi di un modernismo sobrio, costruiti con perfetta rispondenza allo scopo; la dotazione di materiale è molto ricca.

Direttore è il dott. J. Rodhain, professore di clinica tropicale.

Corso di perfezionamento in odontoiatria.

Presso la R. Università di Milano sono aperte le iscrizioni alla Scuola di Odontoiatria per coloro che aspirano al diploma di specialista. Chiedere programmi alla segreteria della R. Università, corso Roma 10.

In memoria di Pietro Castellino.

Nel trigesimo della morte del compianto prof. Pietro Castellino, colleghi, discepoli ed amici si sono raccolti nella Chiesa di Santa Lucia a Napoli, per elevare ancora il pensiero alla memoria del grande maestro, medico e scienziato.

In molte facoltà mediche si è rievocata la Sua nobile figura: ciò prova di quanta estimazione e simpatia Egli fosse circondato.

Scambi di studenti in medicina.

Al congresso dei medici slavi adunatosi in Posen (Polonia) lo scorso settembre, venne presa in esame la convenienza di imprimere ulteriore sviluppo allo scambio di studenti tra le varie nazioni slave, scambio già iniziato con successo a cura della Federazione degli studenti slavi di medicina, durante i mesi estivi. Si è progettato per il prossimo anno scolastico uno scambio anche tra assistenti delle cliniche.

Lo scambio riesce facile per la Polonia e la Czecoslovacchia, poichè vi si parlano due lingue molto affini; chi conosce una di esse, non ha bisogno di studiare l'altra per intenderla.

Un po' dovunque.

Con decreto del Ministero dell'Interno è bandita una quarta sessione di esami per l'abilitazione all'esercizio delle arti ausiliarie.

Alla Società dei medici viennesi il dott. Sackel, direttore del « Parksanatorium » di Hitzig, ha annunziato di curare efficacemente la schizofrenia, producendo uno *shock* da ipoglicemia, mediante forti dosi d'insulina, di cui controbatte l'azione mediante adrenalina. Il metodo è pericoloso e richiede una rigorosa sorveglianza, ma determinerebbe dal 20 al 40 % di guarigioni. Egli ha presentato alcuni casi.

Si è ritirato dall'insegnamento, in età di 83 anni, il decano dei fisiologi inglesi, sir Albert Sharpey Schafer, che ha tenuto la cattedra nell'università di Edinburgo. Nell'occasione gli ex-assistenti e gli assistenti in carica hanno pubblicato, in suo onore, uno speciale volume, che fa parte del « Journal of Experimental Phisiology », contenente 32 lavori. Egli è generalmente noto per il suo metodo di respirazione artificiale.

I periodici « Clínica y Laboratorio » e « La Opinion Médica » hanno organizzato un viaggio di istruzione e diletto di medici spagnoli in Italia; esso si effettuerà dal 15 al 31 dicembre.

Per Cecilio Vallardi

Io che per tanti anni ebbi dimestichezza e cordialità di rapporti col compianto editore Cecilio Vallardi, desidero di ricordarne qui le rare doti di animatore, di uomo, di filantropo.

Nel lungo periodo in cui diressi « La Clinica Chirurgica », sino alla fine della guerra, e quando mi si affidò il compito di dirigere la traduzione della 2ª e della 3ª edizione del « Compendio di patologia chirurgica » del Bégouin, ebbi ripetutamente l'occasione di avvicinarlo e potei così conoscerlo intimamente ed apprezzarlo ed amarlo. Dovetti valutare la nobiltà costante dei suoi intendimenti, la larghezza delle sue concezioni, la sua probità assoluta, la sua genuina modestia. Sapeva conciliare tutte queste doti con una laboriosità incomparabile e con squisito senso di praticità e di avvedutezza, che ne determinavano il successo.

Egli ebbe in particolare predilezione la classe medica, la quale gli dev'essere grata, perchè egli diede impulso alla coltura medica facendosi editore di una serie di magnifiche opere, italiane e tradotte (anche queste sono le benvenute se rispondono ad effettivi bisogni). La classe medica gli deve riconoscenza anche per la « Casa di riposo », cui egli destinò le sue economie ed ove troveranno ospitalità i laureati in stato d'indigenza.

Col crescere degli anni, la sua attività si era moltiplicata, invece di attenuarsi.

Cecilio Vallardi ha avuto una parte preminente nel movimento culturale italiano ed ha onorato il nostro Paese. Con lui è scomparsa un'alta e nobile e purissima figura, ma le sue opere gli sopravvivono. ROBERTO ALESSANDRI.

Il giorno 15 corr. è morto a Roma il dottor TULLIO CECCHETELLI-IPPOLITI.

Era molto stimato per la sua vasta cultura scientifica ed umanistica. Nel mondo medico della capitale godeva molte simpatie per la sua probità, per la serenità e generosità del suo carattere.

Alla desolata famiglia il « Policlinico » invia profonde condoglianze. G. D.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Bull. Méd., 26 ag. — Numero sulle tossicomanie.

Brux.-Méd., 27 ag. — J. C. BAYLE. Splenoterapia della tbc.

Presse Méd., 23 ag. — J. KABELIK. Impiego terapeutico misconosciuto dell'iposolfilo di sodio.

Med. Welt, 26 ag. — G. HUWER. La diagnosi precoce di gravidanza. — F. ISBRUCH. Primipare attempate.

Med. Klinik, 25 ag. — H. HEIDLER. La roentgendiagnosi in ostetr. e ginecol. — H. WALLSCH. Il glutatione.

Münch. Med. Woch., 25 ag. — SCHOTTMÜLLER. La sepsi. — WICHSELS e PANNHORST. L'albuminuria ortostatica.

Deut. Med. Woch., 25 ag. — RUNGE. Influenza dell'esercizio fisico sull'organismo femminile. — HESSE. Roentgenterapia dell'eczema.

Revue Méd. Suisse Rom., 25 ag. — M.-J. DEMOLE. L'eritema nodoso epidemico.

Presse Méd., 30 ag. — H. CHABANIER e al. Nefrosi lipoidica. — L. ALQUIER. La cellulite.

Giorn. Ital. di Mal. Esot. ecc., 31 ag. — G. CASTRONUOVO. Micosi e loro cura. — E. D'ALESSANDRIA. La formola leucocitometrica nella malaria tropicale.

Incurabili, lug.-ag. — C. CANTANI. Febbre ondulante. — G. FIGNELLI. Strumite suppurativa da pneumococco.

Studium, 1 sett. — G. DENES. Stagioni e diabete.

Morgagni, 30 lug. — A. GASBARRINI. Pionefrosi sinistra.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 27 ag. — G. NORSA. Sindrome di irritazione da emo-peritoneo.

Scalpel, 2 sett. — J. TERLINCK. Oftalmiti e false oftalmiti dei neonati.

Practitioner, sett. — Numero sulla limitazione delle nascite.

Prensa Med. Arg., 9 ag. — M. R. CASTEX e al. Cisternoterapia.

Paris Méd., 2 sett. — Numero di oto-rino-laringologia.

Haematologica, IV. — A. COSTA e G. P. RAVERA. Sindrome di Lichtstein. — C. FITTIPALDI. Forme atipiche del granuloma.

Arch. Ital. Mal. App. Dig., lug. — A. ALLODI e F. QUAGLIA. Secrezione psichica e sua importanza clinica. — D. CALZAVARA. Tbc. chirurgica dello stomaco. — P. SEMINO. Affezioni della cistifellea e diabete mellito.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., ag. — R. E. WATKINS. L'aborto. — H. J. STANDER. La nefrite in gravid. — C. MAZER e L. EDEIKEN. La reaz. A.-Z. nel corioepitelioma.

Arch. It. di Chir., lug. — G. CECCARELLI. Ossificazioni eterotopiche. — V. GHIRON. Epaticoduodenostomia.

Rass. di Ter. e Patol. Clin., ag. — A. RISI. Chemioterapia con sostanze coloranti.

Morgagni, 6 ag. — C. ANTONUCCI MALLARDO. Bradiaritmie clinostatiche.

Deut. Med. Woch., 1 sett. — ATZLER. Valutazione funzionale del cuore. — MOSLER e HAAS. Ernie dell'hiatus e angina p.

Ann. d'Ig., ag. — V. PUNTONI e N. FAVIA. Bacillus tubercolophilus associato al micobatterio della tbc. — L. SCHIOPPA. Azione oligodinamica dell'argento.

Pathologica, 15 ag. — G. CAVALLACCI. Gastrite cron. e cancro dello stom. — F. PITTALIS. Favismo.

Clin. Chir., lug.-ag. — N. CIRILLO. Anomalie dell'uretere. — L. CARMONA e V. GRASELLINO. Azione oncogena del catrame. — L. CANNONA. Blocco del sistema ret.-endot.

Arch. Intern. Med., ag. — R. C. BECK. Neutropenia benigna e maligna. — W. K. MYERS e E. B. FERRIS. La pleurite nel reumatismo acuto.

Riforma Med., 26 ag. — G. IZAR e al. Azione biologica delle onde corte. — G. SABATINI. Uso dell'ergosterina irradiata nella cura dei cosidetti reumatismi cronici.

Wien. Klin. Woch., 8 sett. — MATRAS. Epidermofiti. — URBACH e WASEL. Vasoallergia o vasoneuropatia quale causa dell'urticaria da freddo e da caldo?

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL | Roma, 4 Dicembre 1933 - XII | Num. 49

"IL POLICLINICO,"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI.

Clinica Medica Generale della R. Università di Pisa.

Cirrosi polmonare con sclerosi e focolai di arterite subacuta nei rami arteriolari ed intralveolari dell'arteria polmonare. Sindrome asfittica.

Lezione clinica

del Prof. FRANCESCO GALDI, direttore.

L'inferma che vi presento stamattina è degente in Clinica da una quindicina di giorni e fu ricevuta all'Ospedale, da cui noi la prendemmo, in condizioni gravissime, quasi in immediato pericolo di vita. Il medico che la inviò, aveva pensato ad una intossicazione uremica, con la quale diagnosi si era provveduto di urgenza al ricovero.

In Clinica passò dopo poche ore dalla sala di accettazione ed era profondamente cianotica, quasi asfittica, fortemente dispnoica, succulenta specie alla faccia ed al petto, proclive alla sonnolenza, psichicamente torpida e confusa. Prima di procedere ad altre indagini, data la gravità dei fenomeni, si praticò un abbondante salasso di circa 500 ccm. di sangue; e la mattina dopo ci si convinse che a quel salasso, vera àncora di salvezza in mano del medico come disse un vecchio maestro, si dovette se l'inferma era rimasta in vita.

Cesarina M. è nubile, esercita il mestiere di domestica, ha 37 anni quantunque ne dimostri di più, ed è nativa di Pontedera.

Il padre non ha sofferto di alcuna malattia ed è vivente e sano; la madre morì a 62 anni di un'infezione cardiaca della quale fu sofferente per 14 anni: ebbe sette gravidanze, di cui una con esito in aborto. Dei germani dell'inferma uno morì vittima del terremoto di Messina, l'altro in guerra. I rimanenti sono vivi e godono buona salute.

La nostra paziente è l'ultima nata, ebbe allattamento materno: dentizione, deambulazione, favella, crescita normali. Le mestruazioni comparvero a 14 anni e si sono sempre succedute regolarmente per qualità, quantità, durata e periodo. Frequentò le scuole elementari fino alla terza classe, traendone buon profitto; in seguito lavorò in una fabbrica di fiammiferi, esponendosi così alla inalazione di vapori di zolfo. Abbandonato questo genere di mestiere, si trasferì a Pisa per dedicarsi a faccende domestiche, le quali sono state talvolta anche gravose. Ha abitato case piuttosto umide; buona mangiatrice e bevitrice, non ha fatto mai uso nè di liquori nè di particolari nervini.

Dei comuni esantemi infantili soffrì il morbillo e la scarlattina, che ebbero decorso regolare e guarirono senza complicanze. Fino a 17 anni, se si eccettua qualche disturbo gastro-enterico derivante da abusi alimentari, non vi furono malattie di alcuna importanza. A 17 anni però ebbe a soffrire di una forma morbosa caratterizzata da astenia, tosse con grande quantità di espettorato muco-purulento, dolore retrosternale e modica febbre (37°,5-38°), la quale si mantenne per alcuni giorni intermittente senza brividi di freddo, cefalea o disturbi a carico degli altri apparati. Tale malattia cedette in massima parte col riposo a letto e con le cure prescritte dal medico; ma non tutte le sintomatologie scomparvero in maniera completa, rimanendo una tosse insistente con espettorato muco-purulento, che veniva emesso in grande quantità nelle prime ore del mattino. Questi fenomeni si accentuavano specie nella stagione invernale e dopo che la P. si sottoponeva a cause reumatizzanti, ripresentandosi allora anche modici rialzi termici con anoressia, senso di spossatezza nelle membra e dolore retrosternale durante gli accessi di tosse. Si aggiunga a ciò che nelle ore di lavoro in fabbrica l'inferma andava soggetta a crisi dispnoiche accessuali che si accompagnavano a senso di soffocazione ed a bisogno di respirare all'aria aperta. La sintomatologia perdurava per un certo tempo anche dopo l'uscita dalla fabbrica e si andava dileguando lentamente nello spazio di poche ore. Non si ebbero però mai espettorazioni di escreato sanguinolento o fetido, nè dolori puntorî agli emitoraci, esacerbantisi coi movimenti della respirazione. Così pure mai si videro edemi, e l'alvo e la diuresi si sono conservati sempre normali.

Dopo quest'anamnesi patologica remota si viene alla prossima. Pochi giorni prima del ricovero in Clinica, dopo diverso tempo di completo benessere, essendosi esposta a cause perfrigeranti, la P. cominciò ad accusare astenia tanto da non poter attendere alle occupazioni domestiche. Ebbe inoltre cefalea intensa, gravativa, specialmente alla zona occipitale, febbre non molto elevata senza brividi, irregolare. Per tali fatti rimase a letto due giorni; levatasi in condizioni di apparente miglioramento e ripreso il lavoro, avvertì senso di obnubilamento associato a vertigini nella stazione eretta. Nelle ore di riposo accusava un senso invincibile di sonnolenza. In questo tempo le si ripresentarono le crisi di tosse con espettorato abbondante, muco-purulento, non fetido. L'inferma però dichiara di non aver mai avvertito dolori al torace, nè alle articolazioni, nè mai sensazione alcuna di dito morto. Avvertiva però un senso di martellamento alle regioni temporali particolarmente dopo gli accessi di tosse.

Lo stato dell'alvo si conservò regolare. Le minzioni non subirono alcuno spostamento nelle loro variazioni nictemerali; nè le urine si presentarono mai diminuite di quantità od alterate di colorito. Mai edemi per il corpo, nè contratture muscolari, nè accessi convulsivi.

Accentuandosi lo stato morboso nè essendosi praticato alcun trattamento, l'inferma fu ricoverata in Clinica il 14-I-1933.

L'andamento ordinario della lezione clinica esigerebbe che dopo l'anamnesi si passasse direttamente all'esame obiettivo; ma io credo più giusto interpretare dapprima se le gravi condizioni con le quali l'inferma venne da noi fossero state riferibili davvero ad uno stato uremico. Vi dirò subito che questo supposto diagnostico si dimostrò insussistente.

Già avete inteso che nei precedenti dell'inferma non vi fu mai alcuna manifestazione accennante ad un processo nefritico o nefrosclerotico, a cominciare dagli edemi e dalle criestesie per arrivare al fenomeno del dito morto e delle scosse muscolari, nè mai l'urina presentò alterazioni di quantità o di proporzioni nelle varie ore del giorno e della notte. Vi aggiungo ora che la sua quantità giornaliera oscilla intorno ad un litro con peso specifico di 1018, con 12 gr. di urea per 1000, 7 gr. di cloruri, assenza di albumina e di ogni altro principio patologico, mentre nel sedimento non si osservano che poche cellule di sfaldamento delle basse vie, qualche globulo bianco e qualche raro globulo rosso. D'altra parte la pressione massima era di 110, la minima di 65 quando l'inferma entrò in Clinica; più tardi si è avuta anche qualche diminuzione. La ricerca dell'azoto incoagulabile nel sangue ha dato un reperto di gr. 0,020 %.

Tutto questo insieme di fatti negativi, specialmente poi la bassa pressione arteriale, dimostra all'evidenza che di uremia non poteva trattarsi. È certo però che, comunque, la sindrome stessa accennava ad un profondo intossicamento, del quale dobbiamo trovare la ragione, tanto più che l'anamnesi escludeva ogni altro tossico di ordine esogeno specialmente poi ad azione acuta.

L'anamnesi però è molto eloquente per una serie di manifestazioni che si son venute svolgendo a carico dell'apparato respiratorio. Prima di tutto non è privo d'importanza il fatto che la P. si espose nella giovane età per lungo tempo alla inalazione di vapori di zolfo, donde le crisi dispnoiche particolarmente in seguito all'affezione che si presentò con espettorato muco-purulento e con lieve febbre a 17 anni. Si può dire altresì che quest'affezione non guarì mai completamente, ridestandosi nella stagione invernale ed in seguito a cause reumatizzanti; di guisa che una parte almeno dei disturbi registrati nell'anamnesi prossima, e precisamente gli accessi di tosse con abbondante espettorazione muco-purulenta, può considerarsi come la ripetizione di quanto soleva avvenire su per giù negli altri inverni, compresa la stessa astenia.

Ciò che vi è stato di nuovo si assomma nella considerevole dispnea, nel profondo stato di cianosi, nella succulenza della faccia, nel torpore fino alla sonnolenza. Gli atti respiratorî raggiungevano il numero di 40 e, quello che è ancora più significativo, la pressione venosa era di 30, mentre di norma non arriva generalmente che a 13-14 cm. di acqua.

È abbastanza facile concludere da tutto ciò che doveva trattarsi di un'ipertensione venosa contrapposta ad un'ipotensione arteriale, con accumulo di acido carbonico nel sangue e con difficoltato scarico venoso da parte della cava superiore. Ma una tale sindrome minacciosa che si organizzò piuttosto in maniera brusca e che fortunatamente cedette in gran parte al salasso, deve pure riconoscere le sue cause fondamentali. Queste potranno risiedere nell'apparato cardiovascolare o nell'apparato respiratorio, compreso il mediastino; ma dobbiamo tener sempre presente la circostanza che dall'anamnesi non risulta nes-

suna delle solite cause che sogliono offendere più comunemente il cuore ed i vasi, mentre rimangono sempre imponenti le reiterate affezioni dell'albero respiratorio. Siamo così in un campo di cronicismo; ma appunto quando v'è del cronicismo non sono rari i riverberi delle malattie respiratorie sul sistema cardio-vascolare. Si tratta dunque di questioni che saranno risolte nella discussione diagnostica dopo l'esposizione dell'esame obiettivo. Piace però osservare fin da adesso che la Wassermann è riuscita negativa, eliminandosi così una delle ragioni più importanti di cardio- ed angiopatie, mentre l'esame del sangue ha dimostrato una poliglobulia come succede negli stati asfittici.

Esame obiettivo. Individualità appartenente alla 3ª comb. morf. del De Giovanni senza alcuna apparente deformità scheletrica. Masse muscolari toniche e trofiche, abbondante pannicolo adiposo, nessun'alterazione nell'apparato linfoghiandolare, cute sottile, sufficientemente elastica, non molto distensibile in pliche. Cute della faccia fortemente cianotica e così pure le mucose, un poco meno che all'ingresso della P. in Clinica; diminuita è pure la succulenza di cui già si è detto in principio. Dispnea ancora notevole, decubito supino, torpore e sonnolenza quasi come prima. Temperatura febbrile remittente che non ha mai raggiunto più di 38° C. Lingua umida, coperta da una patina giallo-grigiastra piuttosto spessa; nessun'alterazione dei riflessi faringei ed oculari; collo corto, adiposo; non si palpano masse ghiandolari nè si avverte la tiroide.

All'*esame del torace* nessun reticolo venoso ben manifesto. Diametro antero-posteriore quasi uguale al diametro trasverso; angolo epigastrico ottuso; scapole aderenti; regioni sopra- e sottoclaveari, sopra- e sottospinose presso che appianate. Gli emitoraci si espandono egualmente, ma in misura alquanto ridotta specie alle basi, nelle profonde inspirazioni; non si pongono in evidenza punti dolorosi con la compressione, mentre è netta una certa diminuzione della elasticità costale. Il fremito vocale-tattile è diminuito su tutto l'ambito, se si eccettua una zona dell'emitorace destro a livello dell'angolo scapolare tra l'ascellare posteriore e la paravertebrale, dove esso è rinforzato. Sulle zone apicali si apprezza talvolta una trasmissione normale del suddetto fremito.

Alla percussione, in una zona corrispondente al terzo inferiore dell'emitorace destro, si apprezza un suono iperfonetico che assume una risonanza timpanica alta nelle vicinanze dell'ilo. Per un tratto di 7-8 cm. della regione interscapolo-vertebrale sinistra si apprezza un suono molto chiaro, mentre sul rimanente dell'ambito polmonare la risonanza non si discosta di molto dalla norma. All'ascoltazione si odono rantoli a medie e piccole bolle diffusi su tutta l'estensione del torace, particolarmente alla base di destra, dove sono più numerosi. A livello delle zone di risonanza iperfonetica si ascoltano rantoli a grosse bolle con timbro metallico, che cambiano però di carattere durante l'espirazione ed all'inizio dell'inspirazione, nella quale fase sono ricoperti da ronchi sibilanti ed in qualche parte gementi. Nel tratto dell'emitorace destro, a livello dell'angolo scapolare come fra la paravertebrale e l'ascellare posteriore, si odono sfregamenti pleurici con carattere molto rude. Su gli apici un respiro aspro che però talvolta è ricoperto dall'eco dei rantoli delle zone sottostanti.

Per quanto concerne l'*apparato cardio-vascolare*, non esiste bozza precordiale nè si osservano pulsazioni abnomi sulla regione cardiaca o tracce di reticolo venoso. L'ictus non si vede, ma si palpa nel 5° spazio intercostale, un cm. all'indentro della linea emiclaveare sinistra. Nessun fremito alla palpazione. All'ascoltazione i toni sono puri e netti su i varî focolai, ma il 1° tono sul focolaio clinico della tricuspide ed il 2° tono su quello della polmonare sono rinforzati. Alla pressione il limite sinistro del cuore si porta dalla zona dell'itto, con convessità laterale, alla 3ª cartilagine costale; il limite destro oltrepassa di due centimetri la marginale destra dello sterno e forma un angolo acuto con la linea che segna il limite superiore del fegato lungo la 5ª cartilagine costale. Fascio cardio-vascolare nei limiti fisiologici.

Polso piccolo, molle, frequente (120 pulsazioni al m').

Addome tendente al batraciano; cicatrice ombelicale infossata. Non esistono marezzature venose, nè alla palpazione sia superficiale che profonda si risvegliano contrazioni di difesa o dolori in alcun punto. Nessuna resistenza particolare o presenza di liquidi liberi o saccati. Il margine inferiore del fegato sporge per circa 2 cm. dall'arcata costale; è regolare, di consistenza normale; superficie liscia. La milza arriva in alto all'8ª costola, anteriormente all'ascella media; non si riesce a palparla sotto l'ipocondrio.

Esame del sangue: gl. rossi 5.800.000; gl. bianchi 10.500; Hb. 98; valore glob. 0,84; Piastrine 375.000. Tempo di coagulazione diminuito (2 m').

Formula leucocitaria: Polinucl. neutrofili 76, eosin. 0, basof. 0, linfociti 18, monociti 6. Negli strisci lieve anisocitosi.

Assenza di bacilli di Koch nell'espettorato costantemente in ripetute ricerche. Si osservano invece diverse forme di cocchi disposti a catenelle e qualche diplococco capsulato.

Esame radiologico. Il terzo inferiore dell'emitorace destro è opacato *in toto* e presenta delle ombre irregolari di varia grandezza e di maggiore opacità. Gli ili sono fortemente ingorgati con margini sfumati; ombreggiature anche nello spazio retrocardiaco. Si nota una stria pleurica al limite superiore della opacità destra. Cuore mediano con forte curvatura del bordo destro e sinistro.

L'esame obiettivo ci conferma nel concetto generale derivante dall'anamnesi, che cioè il focolaio principale delle alterazioni responsabili del quadro morboso fino al cospicuo aggravamento degli ultimi giorni deve risiedere nel torace e precipuamente negli organi del respiro. Da parte del cuore se qualcosa di abnorme esiste, lo si trova nell'ambito della sezione destra non solo col rinforzo del 1° tono sul focolaio della tricuspide e del 2° tono sul focolaio della polmonare, ma anche con lo spostamento plessimetrico del limite destro oltre il margine sternale. Questi fatti riguardanti il cuore accennano a sofferenze a carico del piccolo circolo, ove la pressione è indubbiamente aumentata, ma non per un eventuale compenso a viziature dell'ostio o della valvola mitrale che di certo non esistono in base all'esame obiettivo, sibbene per ostacoli a monte dell'ostio e delle

valvole dell'art. polmonare, o per un'alterazione del polmone o per modificazioni avvenute nell'arteria stessa o nei suoi rami maggiori. D'altra parte, parlandosi di un processo morboso dell'arteria polmonare, bisogna vedere se trattasi di un'alterazione primaria dell'albero arteriale o di una forma secondaria a malattie del polmone.

Ecco i punti essenziali che è d'uopo chiarire nella diagnosi.

Ricorderete intanto che le considerazioni fatte dopo l'anamnesi ci hanno portati ad ammettere un'affezione cronica del polmone di cui lo stato attuale non dovrebbe essere che in linea logica un aggravamento; e ricorderete pure che la paziente venne in Clinica in condizioni asfittiche gravissime, con sintomi di ostacolato deflusso non solo del sangue dell'arteria polmonare nel piccolo circolo, ma anche delle vene cave nell'atrio destro.

Ora quale è quell'affezione per quanto cronica e con recenti aggravamenti del polmone che è capace di dare un quadro consimile? Noi abbiamo osservato anche quest'anno casi imponenti di polmonite con epatizzazione massiva di tutto un polmone e con eguale compromissione basilare dell'altro polmone; abbiamo assistito allo svolgersi di copiosi versamenti pleurici con atelettasia polmonare notevole e spostamenti del cuore, onde si richiese di urgenza una toracentesi; abbiamo visto casi di enfisema rilevantissimi con aumento di pressione nel piccolo circolo ed ipertrofia del ventricolo destro, ma non ci siamo mai imbattuti in uno stato asfittico come quello che presentava l'inferma.

Ciò vuol dire che assai probabilmente non bastano le sole alterazioni del polmone a determinare il quadro morboso. Si è però accennato innanzi all'eventualità di una partecipazione del mediastino: ma l'esame obiettivo e l'indagine radiologica non hanno messo in evidenza alcuna fenomenologia nei riguardi di una vera e propria sindrome mediastinica con asimmetrie o bozze toraciche specie in corrispondenza dello sterno, riempimenti della fossa giugulare, particolari dolorabilità, spostamento o pulsazione del tubo laringo-tracheale, notevole ottusità sul manubrio sternale, fenomeni di compressione a carico dei vasi, della trachea, dei bronchi e del polmone, dell'esofago, degli svariati tronchi nervosi. Con ciò non può d'altronde escludersi in via assoluta che, trattandosi di un'affezione cronica dell'apparato respiratorio, il mediastino non sia compromesso in maniera secondaria con forme aderenziali indotte da processi pleurici, anche senza arrivare alla mediastinite callosa con tutto il corteo dei sintomi classici. Non sono rari codesti reperti al tavolo anatomico quando *intra vitam* non si ebbe alcuna sintomatologia che si riferisse direttamente al mediastino. Gli esami radiologici, con lo studio dello spazio retrocardiaco in posizione antero-laterale, hanno portato molta luce sull'argomento; e nel caso nostro ricorderemo che per l'appunto lo spazio retrocardiaco presenta delle ombre riferibili ad organizzazioni connettivali.

Certo che, se per poco balenasse l'idea di una neoplasia mediastinica, questa rimarrebbe esclusa, oltre che per la mancanza di ogni altra sintomatologia clinica e radiologica, anche per la nessuna partecipazione delle linfoghiandole, per l'assenza di uno stato cachettico e sopra tutto per l'anamnesi, che, come più volte si è detto, ricollega lo stato presente dell'inferma ad una serie molto lunga di affezioni respiratorie.

Queste, dunque, unitamente alla notevole cianosi costituiscono il nucleo del quadro morboso: ma la cianosi che non può mettersi tutta in rapporto con le affezioni respiratorie, non è nemmeno la conseguenza di una compressione estrinseca specie della cava superiore, non esistendo una sindrome mediastinica, e deve essere considerata come una difficoltà intrinseca al deflusso del sangue particolarmente nelle vie dell'arteria polmonare e del cuore destro.

Ora che siamo venuti alle due componenti della sindrome clinica, è il caso di analizzarle brevemente. E cominciamo dalla componente respiratoria che è senza dubbio quella più antica. Si ha l'impressione che tutto l'albero respiratorio dai bronchi alle pleure abbia da molto tempo sofferto in una lunga vicenda di evenienze morbose, le quali mettono capo ad una bronchite cronica cui non è estraneo il particolare mestiere dell'inferma esposta all'azione diuturna dei vapori di zolfo. Ma tra l'affezione cronica dei bronchi che ha menato alla bronchite cronica più o meno esacerbantesi in certi periodi e specialmente d'inverno, e i segni evidenti (in particolar modo all'esame radiologico) di cronici risentimenti pleurici con aderenze massime a destra, vi è di mezzo il polmone come tale, ossia con gli alveoli e con le trame interstiziali, a cui più propriamente dobbiamo rivolgere l'attenzione.

Il processo morboso, come del resto risulta dall'anamnesi, non si è fermato ai bronchi, ma ha invaso spesso gli alveoli, determinando veri processi bronco-pneumonici; ma, quello che è più importante, a poco a poco hanno prevalso i fatti di una reazione del tessuto stromale del polmone sotto forma di pneumonite cronica o cirrosi polmonare. Tale cirrosi nella nostra P. non solo è derivata da focolai bronco-pneumonici non bene risoluti e passati quindi al cronicismo, ma mette capo in gran parte anche alle reazioni interstiziali delle bronchiti croniche e finalmente alle pleuriti che inducono per sè stesse un'atelettasia del polmone. Sicchè, se vogliamo toccare anche un quesito di anatomia patologica, possiamo spingerci a dire che qui difficilmente la fase sclerotica passò per quello stato che dicesi di « carnificazione », come si ha essenzialmente in seguito alle polmoniti che non risolvono in modo regolare.

Naturalmente non tutto un polmone è preda del processo morboso, ma la malattia può manifestarsi a chiazze o zone, mentre altre località dello stesso polmone diventano enfisematose. E questo è proprio il caso della nostra inferma, come rammenterete dall'esame obiettivo, nel quale s'incontrano i documenti semeiologici di quanto ora si è affermato, dalla diminuzione dell'espansibilità toracica e della elasticità con riduzione del fremito toraco-vocale e con presenza di sfregamenti che depongono per processi pleurici, ai rantoli a piccole e medie bolle che attestano il processo bronchitico; dall'aumento del diametro antero-posteriore con l'appianamento delle fosse corrispondenti agli apici polmonari e con la presenza di zone iperfonetiche da cui si deduce l'enfisema; e così fino alle zone ipofonetiche con percezione di ronchi sibilanti, onde è necessario pensare a chiazze sclerotiche del tessuto polmonare con compressione dei piccoli bronchi. Oltre a tutto ciò non deve sfuggirvi un tratto dell'esame obiettivo, in cui si parla di una zona fra l'ilo ed il terzo inferiore dell'emitorace destro con rantoli a grosse bolle di timbro metallico e con risonanza iperfonetica alla percussione. Tale zona corrisponde ad una bronchiectasia; e voi sapete che le bronchiectasie non sono difficili ad osservarsi nelle bronchiti croniche e specialmente nelle vicinanze dell'ilo. La iperfonesi con risonanza timpanica è in relazione, ben s'intende, col periodico svuotamento della sacca bronchiectasica; ma deve tenersi anche conto delle zone enfisematiche, le quali spesso velano del loro colorito le sintomatologie profonde: il che succede più comunemente sul torace dei vecchi.

La bronchiectasia si sarebbe potuta mettere in evidenza sullo schermo con le istillazioni del lipiodol; ma le condizioni asfittiche della P. non hanno permesso una tale manovra; e poi non bisogna mai perdere la buona abitudine della diagnosi in base ai dati dell'esame obiettivo, che rimane sempre l'arma potente e costante in mano del medico. È opportuno finalmente notare che nella periferia delle sacche bronchiectasiche non sono rari i focolai di raddensamento o sclerosi polmonare; e così un'altra fonte di questa condizione che già abbiamo ammessa.

Alla componente vascolare della sindrome si può arrivare direttamente dalla cirrosi polmonare, in quanto è noto lo sforzo che in questi casi deve fare il ventricolo destro per spingere il sangue alla sezione sinistra del cuore. Ma già si è detto che quest'usuale meccanismo patogenetico non basta a spiegare la grave sindrome asfittica che la P. presentava e che ancora presenta, sebbene alquanto ridotta. Si ha in breve tutta l'impressione di una partecipazione non indifferente dell'art. polmonare o dei suoi rami al processo morboso.

La clinica delle malattie acquisite dell'arteria polmonare ha una data molto recente, perchè una volta non si parlava che di sole affezioni congenite, mentre l'anatomia patologica, a cominciare da Andral nel 1829, aveva già notato in varie osservazioni la sclerosi dell'arteria in discorso. Il prof. Zagari, in due lezioni pubblicate proprio dopo un secolo dal reperto di Andral, non solo illustrò un caso della così detta « cardiopatia nigra » per arteriosclerosi primitiva dell'arteria polmonare, ma tracciò magistralmente la storia di questa arteriopatia, che va oggi sotto il nome di « malattia di Ayerza », ricordando i lavori italiani in proposito, fino a quelli della Scuola del Viola.

Oggi, a quattro anni dalla pubblicazione dello Zagari, non può dirsi più che questa entità morbosa non figuri nei Trattati di patologia, nemmeno tra i più estesi, perchè i recenti Trattatisti se ne sono in realtà meritatamente occupati.

La malattia di Ayerza appartiene al novero delle affezioni croniche dell'arteria polmonare o arteriti polmonari croniche, mentre un'altra lesione cronica, che in verità rappresenta finora piuttosto una rarità radiologica ed anatomo-patologica, è l'aneurisma dell'arteria polmonare. Non è a credere però che non vi siano altresì delle arteriti polmonari acute e subacute, illustrate specialmente dai Francesi: le une a decorso maligno ed a tipo ulcero-vegetante, come complicanza di infezioni acute (streptococco, pneumococco, b. tifico); le altre a decorso più mite e consecutive in genere ad una affezione endocardica evolutiva, specie sullo sfondo di una stenosi mitralica. Più raramente si è parlato di infezioni croniche e fibro-sclerotiche del polmone come di condizioni capaci di determinare una predisposizione per un'arterite polmonare subacuta qualora sopravvenga quale causa determinante un'infezione comune, ad es. un'influenza, un'angina, ecc. Si comprende agevolmente come un'altra condizione favoritrice sia rappresentata dalla stessa sclerosi dell'arteria polmonare quando sulla lesione dell'endoarteria si organizza un coagulo fibrino-leucocitario, nel quale possono trovarsi all'autopsia i germi delle così dette affezioni secondarie dei cardiaci.

Ho voluto fare questi brevi accenni perchè dovremo tornarci su quando di qui a poco sarà necessario venire alla discriminazione della lesione dell'arteria polmonare nel caso nostro.

Intanto rimane fermo che l'arterite cronica o arteriosclerosi della polmonare è l'affezione ormai più conosciuta dal lato anatomo-patologico e clinico fra tutte le malattie dell'arteria in discorso. Ma anche su questo terreno si è fatta una distinzione tra forma primitiva, più rara, probabilmente di origine luetica e con predilezione per gl'individui della razza indiana del Bengala, e forma secondaria più comune per aumento della pressione nel circolo polmonare in seguito ad un'affezione mitralica o ad un'affezione cronica dell'albero respiratorio

(bronchiti croniche con enfisema, tubercolosi fibrosa, sifilide bronco-polmonare, pleuriti adesive con atelettasia polmonare, sclerosi del polmone).

In questa forma secondaria, in cui sono particolarmente compromessi i rami arteriolari e le terminazioni intralveolari dell'arteria, prevalgono i disturbi da difficoltato scambio gassoso (cianosi) e le manifestazioni degl'infarti per obliterazione di quei ramuscoli (emottisi), mentre nella forma tronculare della sclerosi dell'art. polmonare (tronco e rami principali) predominano i sintomi cardiaci dell'insufficienza ventricolare destra.

Quale concetto ci formiamo adesso dell'affezione dell'art. polmonare nel nostro caso?

È chiaro senz'altro che siamo lungi da una forma di arterite acuta, e tutto farebbe pensare ad un'arterite cronica o sclerosi della polmonare. Naturalmente su questo terreno dobbiamo scartare una forma primitiva sia per la mancanza di una infezione luetica, sia per tutta la storia che ribadisce nella maniera più evidente una pleuro-pneumopatia. Siamo dunque nel perimetro di una sclerosi secondaria, e per la stessa ragione dell'anamnesi e per il sintoma predominante della cianosi è mestieri pensare ad una sclerosi arteriolare ed intralveolare consecutiva all'alterazione cronica dell'albero respiratorio. La sclerosi polmonare che abbiamo dovuto ammettere nella nostra P. non soltanto ha aumentato la pressione entro l'arteria per l'obliterazione di numerosi alveoli, e di qui il punto di partenza della sclerosi, ma ha pure agito direttamente su i ramuscoli vascolari producendone l'ispessimento della parete e l'alterazione dell'endotelio.

Sintomatologia d'infarto fino a questo momento non si è avuta, essendo mancato ogni specie di dolore e non essendosi vista nè fuori della Clinica nè in Clinica alcuna traccia di emottisi. La lieve poliglobulia di 5.800.000 eritrociti è un fenomeno abituale della sindrome asfittica, e non v'è alcun bisogno d'insistervi.

Parrebbe così che tutto andasse *de plano* col concetto diagnostico di una sclerosi secondaria periferica della polmonare, ma è necessario tener conto di due fatti: uno concerne l'inizio della grave sintomatologia, l'altro concerne l'evoluzione del processo morboso; e perciò terremo l'inferma in Clinica il più a lungo che si potrà per sorvegliarne l'andamento. Non dobbiamo dimenticare quanto ho già accennato di sopra circa le forme di arteriti subacute che possono svolgersi con un coagulo fibrino-leucocitario più o meno ricco di germi sopra una sclerosi già esistente della polmonare mediante una causa infettiva qualsiasi, generalmente un'influenza od un'angina.

Ebbene io credo che tale evenienza si sia mafestata nella nostra inferma, in quanto all'inizio dell'anamnesi prossima noi troviamo un processo febbrile accompagnato ad un aggravamento delle condizioni respiratorie con espettorato abbondante, muco-purulento, con cefalea gravativa specie alla regione occipitale e notevole astenia. Se aggiungiamo che tutto ciò accadeva quando serpeggiava l'infezione influenzale, non s'incontra alcuna difficoltà nel pensare che il subitaneo peggioramento col quadro della sindrome asfittica che dura ancora, abbia rappresentato, per lo meno con grande probabilità, la manifestazione di un'arterite subacuta sullo sfondo di una sclerosi dell'art. polmonare di tipo periferico. Quest'ultima deve ammettersi senza alcun dubbio per le condizioni dell'albero respiratorio e per l'ipertrofia del ventricolo destro che non è al certo di data recente.

Una sclerosi della polmonare che già sia arrivata a determinare *per se ipsam* una cianosi del grado presentato dall'inferma, dovrebbe essere fatalmente progressiva, mentre un'arterite polmonare subacuta potrebbe anche retrocedere, lasciando eventualmente i soli fatti dell'arteriosclerosi non ancora molto cospicui. Ma di ciò solamente il tempo potrà essere giudice.

Comprenderete come avrei potuto allegare qui un complesso d'indagini, dalle elettrocardiografiche a quelle sulla funzionalità del polmone e su gli scambi gassosi, ma ho preferito farne a meno per non confondervi e per dimostrarvi ancora una volta come, con tutto il rispetto alle ricerche biologiche a cui dedichiamo in Clinica buona parte del nostro lavoro, i giovani medici debbono essere più che altro addestrati, sempre che è possibile, alla diagnosi in base al buon esame obiettivo ed alla retta valutazione dell'anamnesi. Così pure ho rinunziato, in questo caso, ad una serie d'indagini radiografiche le quali sarebbero state forse un inutile lusso.

Dopo tutto ciò la formula diagnostica più acconcia nei suoi dettagli mi sembra per adesso la seguente: *Bronchite cronica con bronchiectasia, pleurite cronica adesiva e cirrosi polmonare con zone enfisematose; sclerosi dei rami arteriolari ed intralveolari dell'arteria polmonare con probabili focolai di arterite polmonare subacuta. Notevole ipertrofia del ventricolo destro del cuore e sindrome asfittica.*

La prognosi è senza dubbio molto riservata. La terapia s'ispirerà ai criteri di riposo assoluto, tranquillità di animo, dietetica riguardosa; si cercherà di sostenere le forze cardiache con adatti cardiocinetici, particolarmente la canfora, la sparteina, la stricnina; si somministreranno dei vasodilatatori come la teobromina e dilatatori bronchiali come la lobelia, la grindelia, ecc.; si darà dell'ossigeno e si provvederà ove le condizioni lo richiedano, a sottrazioni sanguigne generali o locali (salasso, sanguisugio). Per i fatti a carico dell'albero respiratorio, si daranno inoltre periodicamente degli espettoranti e dei balsamici; e qualora la tosse insista e passi la misura del bisogno di espettorare, sarà calmata con leggiere dosi di oppiacei. Si tenterà anche una cura jodica.

Dopo la lezione l'inferma è rimasta ancora per alcuni mesi in Clinica, presentando per qualche tempo su per giù i soliti fenomeni particolarmente a carico del torace. Ma verso la fine di gennaio essa accusò un vivo dolore alla losanga poplitea destra, e comparve forte edema alla regione malleolare corrispondente ed a tutta la superficie anteriore del piede. Dolente si dimostrò di lì a breve l'intero decorso della safena.

Dopo circa una settimana si notò piccola quantità di sangue nell'espettorato; il dolore all'arto inferiore destro era diminuito, ma l'arto rimaneva ancora edematoso. Continuando l'esame del diario, si trova che il 5 di febbraio l'inferma era apiretica, mentre si erano registrati qua e là fino a quell'epoca modici rialzi termici; la cianosi e la dispnea avevano subìto un notevole miglioramento. Intanto, pochi giorni dopo, comparisce un edema anche al dorso del piede sinistro, ma senza dolorabilità. L'espettorato è diminuito. Il 17 febbraio sono presenti degli edemi agli arti inferiori ed alle mani; il gonfiore si estende dalla mano destra a tutto il braccio corrispondente; il giorno seguente si manifesta una melena. Da quest'epoca in poi la fenomenologia è andata gradatamente attenuandosi non solo nei riguardi della cianosi, della dispnea e delle manifestazioni periferiche ora indicate, ma anche nelle condizioni obiettive dell'albero respiratorio (diminuzione dell'espettorato, diminuzione dei rantoli, respirazione più libera, ecc.). La degenza in Clinica è ancora continuata, l'inferma ha cominciato a lasciare il letto, a riprendere qualche leggiero lavoro femminile, e più tardi è uscita dalla Clinica in condizioni di notevole miglioramento.

Il decorso dell'affezione è molto istruttivo e ci fa comprendere quanto sia utile il poter seguìre gli ammalati per un tempo abbastanza lungo, specie se la malattia è ancora in evoluzione. Le epicrisi hanno un segnalato valore nelle lezioni cliniche.

Per circa un mese, dalla fine di gennaio a quella di febbraio, l'inferma presentò una sintomatologia periferica che parrebbe potersi spiegare con un'insufficienza del ventricolo destro. È da rilevarsi però che il fegato vi partecipò poco o nulla, rimanendo a un dipresso sporgente come prima per un paio di dita trasverse dall'arcata costale; d'altra parte i dolori prima alla losanga poplitea destra e poi a tutto il decorso della safena indicano lo svolgimento di un'affezione locale, che risponde a una trombosi dei vasi venosi. Tale trombosi ha un complesso di cause che vanno dal marasma con rallentamento della corrente all'aumento della pressione venosa, dalla *inspissatio sanguinis* in generale alla iperpiastrinosi che è risultata nel quadro ematologico. È interessante il fatto che qui sono state colpite dal processo morboso anche le vene del braccio, ciò che rappresenta un'evenienza piuttosto rara. Ma è ancora più interessante l'essersi manifestati altri fatti di trombosi a carico dei vasi polmonari e dei vasi dell'intestino, onde si ebbe espettorato sanguigno e più tardi anche melena. Si disse nella lezione che espettorato sanguigno non vi era mai stato fino a quell'epoca; ma la forma morbosa lungo il suo decorso si è venuta ancor meglio dichiarando anche coi fenomeni di trombosi e d'infarto nell'ambito del polmone.

Che alla trombosi della safena si complicasse una fenomenologia flebitica con lievi fatti infiammatorî, non apparrà strano, dati i rapporti fra trombosi e flebite, onde si parla non raramente di tromboflebite; ma i fatti infiammatorî sono pure una testimonianza dello stato infettivo (influenzale) che aveva colpito la P. prima che si svolgesse la sindrome grave della dispnea e dell'asfissia. Trovo acconcio ricordare che contro la trombosi ricorremmo con vantaggio al citrato di sodio, somministrato per proctoclisi.

Alla diagnosi già di sopra formulata debbono aggiungersi le *manifestazioni di trombosi venosa centrale e periferica;* ma per il sorprendente miglioramento delle condizioni toraciche e generali, che non si sarebbe aspettato dopo una diagnosi di progressiva sclerosi dei rami arteriolari ed intralveolari dell'arteria polmonare, si è autorizzati a ritornare alla questione dell'esistenza o meno di un processo subacuto arteritico sullo sfondo della sclerosi della polmonare. E la risposta non può essere che logicamente affermativa di un tale processo; onde non ha più ragione di conservarsi al riguardo il criterio di probabilità ammesso nella formula diagnostica. Si ricorderà infatti che, per ammettere definitivamente questa arterite subacuta sopraggiunta in seguito ad un'infezione recente, non mancava che il dato del decorso verso il miglioramento. Possiamo dunque dire che quando la P. uscì dalla corsìa in condizioni soddisfacenti, erano cessati i fatti dell'arterite subacuta con tutte le sue conseguenze — possibilità questa che è ammessa in qualche caso da Vaquez, Lutembacher, Durand — ma era rimasta senza dubbio la sclerosi periferica della polmonare. Tale sclerosi, pur essendo di sua natura progressiva, non sarebbe stata capace di provocare di per sè sola la grave sindrome con la quale l'inferma fu accolta in Clinica.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE DELLA MISERICORDIA E DOLCE DI PRATO.
Direttore e Medico primario: Prof. S. PISANI.

Sopra una particolare area di iperfonesi mobile nel pneumotorace.

Contributo clinico e radiologico alla diagnosi precoce del pneumotorace ed alla precisa valutazione del suo comportamento agli effetti di una efficace collassoterapia.

S. PISANI.

(*Continuazione e fine; v. num. precedente*).

II. — MECCANISMO DI FORMAZIONE E DETERMINISMO DI SEDE, DI FORMA E DI GRANDEZZA DELL'A. I. PNT.M.

a) *Meccanismo di formazione.*

Dopo quanto siamo andati esponendo non v'ha dubbio che il comparire dell'a. i. pnt.m. sia subordinato (4) al *raccogliersi di una « bolla d'aria » pneumotoracica nell'un punto o nell'altro del cavo pleurico*. La ragione essenziale del meccanismo di produzione dell'a. i. pnt.m. è cioè di per sè stessa palese e chiara.

b) *Determinismo di sede.*

Altrettanto palese e chiara è la ragione che dell'a. i. pnt.m. determina la sede:

Noi abbiamo visto infatti che in decubito orizzontale supino l'a. i. pnt.m. occupa la parte più alta e più sporgente della gabbia toracica; abbiamo rilevato che in decubito laterale essa risale in alto verso il lato opposto a quello del decubito del malato; abbiamo del pari veduto che in decubito orizzontale prono l'iperfonesi si trova in alto, al disotto delle prime vertebre dorsali, mentre in decubito genu-pettorale si fa strada addirittura fin sotto alle ultime vertebre del tratto dorsale medesimo; vedemmo infine che in posizione seduta l'a. i. pnt.m. raggiunge e sorpassa il manubrio dello sterno, e che in piedi essa rimonta tutta fino alle regioni sotto- e sovra claveari. La zona iperfonetica adunque va ad occupare costantemente quella parte del cavo toracico che si trova nel piano più elevato rispetto a quello di decubito, e perciò è evidente che *il determinismo di sede dell'a. i. pnt.m. è semplicemente in funzione della legge più elementare della gravità applicata all'aereodinamica.*

[La scarsa mobilità verso l'alto che l'a. i. pnt.m. presenta talvolta nel passaggio dal decubito orizzontale supino a quello sul fianco sano (v. nota a pag. 5), ed a quello semi-seduto, potrebbe in verità apparire in contrasto con una simile interpretazione, ma io penso che di contrasto non si possa parlare: prima di tutto se si considera che ciò avviene soltanto quando la prima introduzione è stata molto piccola; in secondo luogo se, per quanto riguarda la poca spostabilità dell'a. i. pnt.m. nel decubito sul fianco sano, si tiene conto della speciale retrattibilità e compressibilità del lembo polmonare anteriore-inferiore in confronto alla compressibilità della *pars intermedia* della superficie anteriore del polmone; ed in terzo luogo, se per quanto riguarda la non costante o totale scomparsa dalla regione retrosternale-inferiore della zona iperfonetica in decubito semi seduto, si tiene conto della difficoltà che una « bolla gassosa » deve incontrare nel risalire in alto, data la ristrettezza del tratto intermedio dello spazio sterno-pericardico e data la difficile sfiancabilità di esso tratto dovuta alla presenza del legamento sterno-pericardico-superiore e della base cardiaca].

L'a. i. pnt.m., quando non ostino particolari condizioni insite alla regione che essa occupa, *si comporta adunque proprio come la « bolla d'aria » della livella.*

c) *Determinismo di forma.*

Fra le ragioni che presiedono al determinismo delle varie forme che assume l'a. i. pnt.m. a seconda dei vari decubiti, alcune sono assolutamente ovvie, altre potranno sembrare un po' complesse, ma sono ugualmente chiare.

Nessuna meraviglia infatti che l'a. i. pnt.m. che si riscontra nel *decubito orizzontale supino* abbia una forma a campana anzichè perfettamente rotonda come dovrebbe essere una vera bolla d'aria; e nulla di strano che la linea di confine della campana iperfonetica verso la parte ammalata sia appena arcuato in alto e fortemente obliquo in basso invece di essere tutto ed uniformemente rotondo: Ciò dipende semplicemente dall'*aumento verso il basso e verso l'esterno dell'indice di retrattibilità del lembo polmonare anteriore-inferiore.* Tanto meno poi deve meravigliare il fatto che la linea di confine della campana iperfonetica verso la parte sana sia quasi verticale anzichè rotonda: Basta ricordare che *il seno complementare pleurico anteriore si ribatte secondo una linea che, agli effetti di una percussione a seno occupato, può considerarsi appunto quasi verticale* (5).

(4) Vedremo più oltre se in tutto od in parte.

(5) Ciò vale tanto per la parte destra quanto per la parte sinistra, data la maggiore cedibilità e scorrevolezza del seno pleurico di sinistra in corrispondenza dell'incisura cardiaca.

Quanto alle ragioni per cui l'a. i. pnt.m. assume invece una forma più nettamente ovoidale e quasi simmetrica nel *decubito prono*, in quello *genu-pettorale* e *sul fianco opposto* al pneumo (v. fig. 7, 8 e 3); quanto alle ragioni per cui essa tende ad invertire il raggio di curvatura delle sue linee laterali allorchè il malato passa dal decubito supino al decubito sul *fianco omonimo* (v. fig. 2) (diventando più *bombée* verso la parte sana); e quanto, infine, alle ragioni per cui essa assume una configurazione triangolare nel *decubito seduto* e ad « anfora » in quello *semi-seduto*..., (v. fig. 4, 5 e 6) tali ragioni — dopo quanto abbiamo detto — appaiono tutte addirittura intuitive, essendo inerenti e subordinate al fatto semplicissimo che *nel passaggio dal decubito orizzontale supino all'uno o all'altro di cotesti diversi decubiti, la « bolla gassosa » oltre a risalire, per legge fisica, verso l'alto, si plasma coll'una forma o coll'altra a seconda della costituzione anatomica della regione invasa e del vario indice di retrattibilità o di distensibilità o di spostabilità degli organi circostanti.*

Ragioni elementari di ordine fisico e di ordine anatomo-fisiologico, spiegano adunque in ogni sua parte il poliformismo da decubito dell'a. i. pnt.m.

d) *Determinismo di ampiezza.*

Una certa meraviglia può invece arrecare la rilevante ampiezza della a. i. pnt.m.; ma più del fatto che la « bolla gassosa » abbia in genere dimensioni molto notevoli fino dalla prima introduzione, ed in ogni decubito, sorprende il fatto specifico che essa in *decubito orizzontale supino* vada non soltanto ad occupare la regione retro-sternale, ma la sopravanzi di tanto da giungere fino alla parasternale ed oltre; mentre è noto che il limite di riflessione del seno pleurico anteriore raggiunge appena, non ovunque, e soltanto per brevissimo tratto, la linea mediana.

Vero è che lo spazio sterno-pericardico può considerarsi agli effetti di una invasione da parte del seno pleurico ricolmo di gas quasi come uno spazio libero, data la sua speciale configurazione anatomica e data la grande cedevolezza dei suoi legamenti, ed è altresì vero che il seno pleurico anteriore, oltre che facile alla distensione, è anche assai facilmente spostabile, stante che il suo foglietto posteriore contrae col pericardio rapporti così lassi da potersi parlare quasi di un piano di scorrimento della pleura sul pericardio: vero è cioè che i dati anatomo-fisiologici forniscono anche a proposito della grandezza della a. i. pnt.m. elementi interpretativi di primissimo valore e tali anzi che la spiegazione del perchè il gas pneumotoracico non soltanto arrivi fino alla linea mediana ma possa anche spingersi fino alla marginale sternale opposta, diventa molto facile..., ma dobbiamo anche riconoscere che nemmeno se noi invocassimo il concorso dell'azione di « risucchio marginale » esercitata dal polmone sano sul seno occupato dal gas (secondo il meccanismo esposto da Ebert per spiegare l'ernia mediastinica), noi potremmo convincentemente spiegare la espansione dell'area di iperfonesi toracica mobile verso la parte sana in misura tanto sproporzionata sia alla entità anatomica dello spazio sterno-pericardico, sia alla distensibilità fisiologica del seno pleurale.

Nel determinismo di ampiezza della « bolla gassosa » devono perciò figurare anche altri elementi oltre a quelli che abbiamo fin qui considerati, e questi sono a mio giudizio fondamentalmente rappresentati da *fenomeni di amplificazione sonora da parte della parete toracica, e da particolari condizioni di consonanza da parte del parenchima polmonare che circonda la raccolta del gas pneumotoracico.*

Io penso cioè che — mi riferisco sempre per maggiore chiarezza all'a. i. pnt.m. anteriore « a campana » — le dimensioni della « bolla gassosa » appaiono più ampie di quanto potrebbero consentire il quantitativo di gas pneumotoracico e la distensibilità e spostabilità della pleura, perchè il parenchima polmonare che confina con la raccolta gassosa viene a subire una convibrazione sintonica con la raccolta stessa allorchè si percuote radialmente ai margini della « bolla d'aria », e perchè la gabbia toracica fa nel contempo da diffusore di suoni e da cassa di risonanza, e quindi da congegno amplificatore dell'a. i. pnt.m.

Che tutta la gabbia toracica amplifichi i suoni chiari è invero cosa a chiunque nota; e che il blocco sternale in particolare amplifichi ed alteri notevolmente i rilievi di fine semeiotica sul mediastino anteriore, specialmente in quelle condizioni morbose che si accompagnano (come nel caso di pneumotorace) ad un eccesso di sonorità, è tanto vero che il Sahli arriva addirittura ad affermare che « sullo sterno non è possibile una localizzazione esatta dell'urto percussorio, perchè questo osso vibra tutto più o meno, come un grande plessimetro ».

È d'altra parte nozione comune che quando due zone o due organi di sonorità differenti sono fra loro contigui, avvengono — ap-

punto in conseguenza della « azione in superficie e in profondità » dello scuotimento percussorio — fenomeni di sconfinamento di suono (*trapasso del campo di scuotimento plessico*) i quali finiscono per modificare più o meno profondamente quelli che sarebbero i valori plessici assoluti. [Nel caso di contiguità di due suoni chiari si ha così il predominio di « trapasso » sonoro dall'organo o dalla zona la cui percussione provoca vibrazioni sonore più diffusibili, e cioè si ha il predominio del suono più intenso e più grave, col che si viene a determinare un « *effetto rischiarante* ». Nel caso di contiguità di due suoni oscuri o di un suono chiaro e di un suono oscuro, si ha invece il predominio di azione in superficie ed in profondità del suono appartenente all'organo od alla zona che più notevolmente annienta la forza viva medesima, e cioè si ha il predominio del suono più ottuso, d'onde un « *effetto offuscante* » (6)].

Orbene, se nel caso nostro noi sommiamo quanto di iperfonesi (per diffusione ed amplificazione) può aggiungere il massiccio sternale alla sonorità propria della « bolla gassosa », a quanto di iperfonesi (per trapasso di suono) può a sua volta ricevere dalla « bolla » il tessuto polmonare che la circonda, io penso che noi abbiamo senz'altro trovato le ragioni essenziali (7) dello sconfinamento in senso raggiato del suono chiaro scatolare dell'a. i. pnt.m. in decubito supino e, *mutatis mutandis*, le ragioni della eccessiva ampiezza dell'a. i. pnt.m. in tutti gli altri decubiti.

Infatti, se la percussione viene effettuata col metodo palpatorio e cioè mantenendo il dito bene aderente alla parete toracica (Grocco), le aree di iperfonesi risultano molto più ampie, di quelle delimitate col dito appena appoggiato: appunto perchè nel primo caso l'urto percussorio si diffonde senza discontinuità e quindi in misura molto maggiore, mentre invece nel secondo caso la apposizione leggera del dito rende l'effetto dell'urto percussorio discontinuo e quindi la sua azione viene ad essere notevolmente limitata e raccorciata. Chè se poi pratichiamo la percussione strumentale, allora l'ampiezza delle zone di iperfonesi aumenta in misura ancora più ragguardevole, evidentemente perchè tale percussione provoca un ancora più facile trapasso di suono dal campo di scuotimento plessico verso la periferia.

III. — RICERCHE RADIOLOGICHE.

Quando ho comunicato al Congresso di Medicina interna del 1924 la nota preventiva sull'a. i. pnt.m., ho espresso il convincimento che un appropriato studio radiologico avrebbe dovuto avvalorare quanto enunciavo in base ai semplici reperti plessici. Orbene, pur potendo oggi confermare che le indagini radiologiche hanno convalidata la reale presenza di una « bolla gassosa mobile » nelle sedi plessicamente iperfonetiche, devo tuttavia dichiarare che l'a. i. pnt. m. è sopratutto un rilievo di ordinaria semeiologia clinica.

Gli è che una raccolta d'aria endotoracica senza limiti propri e mascherata in quasi tutte le incidenze dal sovrapporsi di altre immagini o ugualmente trasparenti o troppo opache, si radiografa con molta difficoltà.

Io posseggo tuttavia una serie oramai molto ragguardevole di radiogrammi assai ben dimostrativi specialmente per quello che riguarda il decubito sul fianco sano nel quale viene ridotta al minimo la sovrapposizione delle immagini, ma anche le radiografie fatte in decubito supino con incidenza trasversale, quelle frontali fatte in piedi, quelle in decubito obliquo e quelle in posizione genu-pettorale possono ottimamente servire di conferma ai dati clinici.

---

(6) Vedi a questo proposito i lavori sul « Triangolo di ottusità paravertebrale opposta » di GROCCO e sul « Triangolo di sonorità paravertebrale omonimo » di GARLAND nella pleurite, e quelli sulla « Area di iperfonesi paravertebrale » di CARPI e sul « Segno di Boeri Pieraccini », rispettivamente nel pneumotorace e nel idro-e pio-pneumotorace.

(7) *Nello svolgimento di questo paragrafo ho trascurato, a ragion veduta, di prendere in considerazione un'altra ed interessantissima componente di amplificazione dell'a. i. pnt. m., la quale rientra in un complesso di modificazioni fisiche che il polmone mostra di subire semplicemente in conseguenza del cambiamento di decubito, tanto in condizioni normali che patologiche.*

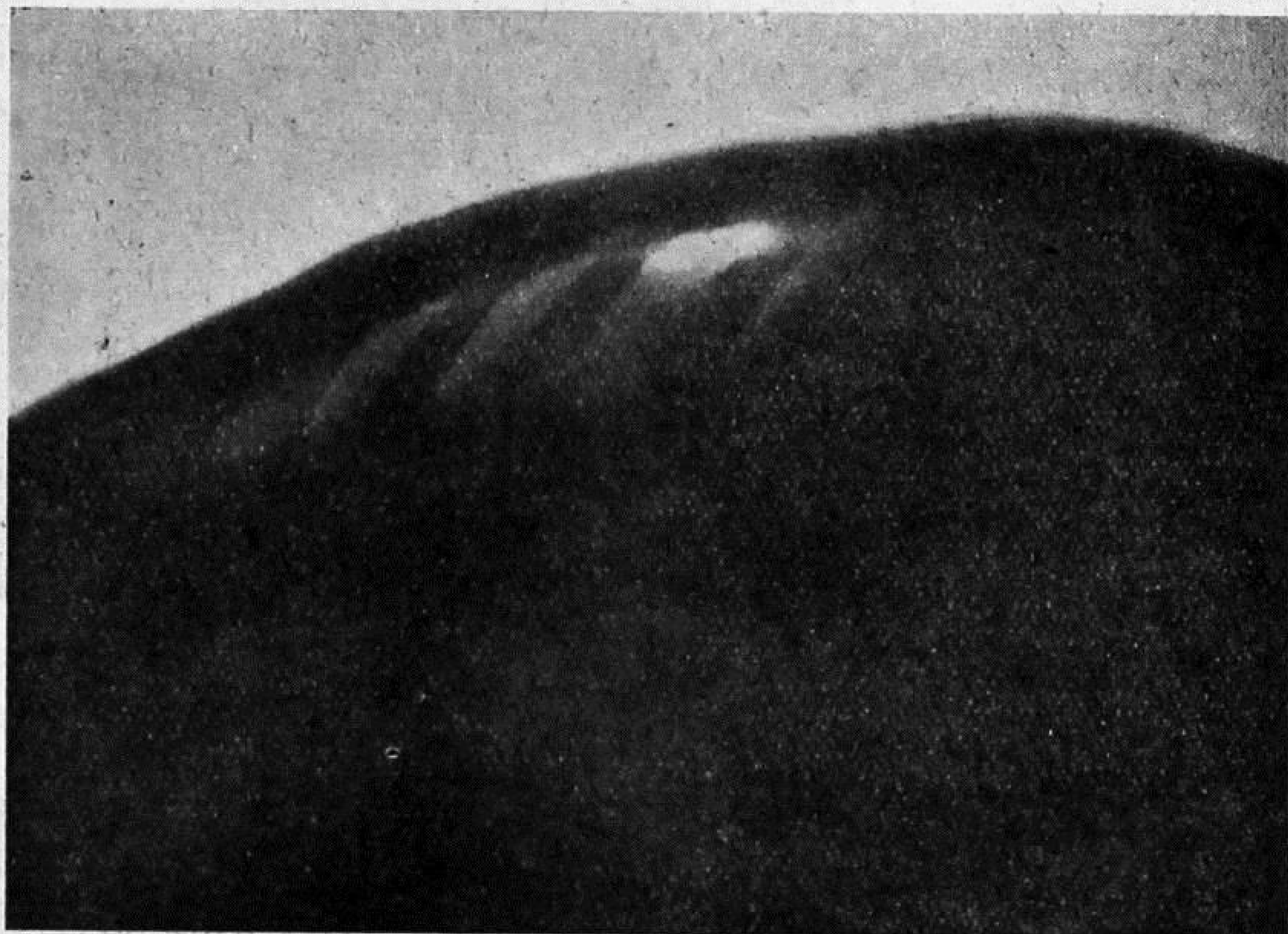
Tali modificazioni sono essenzialmente rappresentate da un aumento di sonorità e di trasparenza, e da una diminuzione di respiro e di vibratilità di quella parte del polmone che sta nel piano più alto e quindi diametralmente opposto al piano di appoggio del corpo, ed appaiono in verosimile e precipuo rapporto con le modificazioni da decubito della depressione endopleurica, della elasticità polmonare di struttura e di funzione, del polmone, del suo peso, nonchè della circolazione sanguigna linfatica ed aerea, dentro al polmone medesimo.

Si tratta, come ognun vede, di un complesso di fenomeni che non sono stati fino ad ora presi in esame. Essi sconfinano dal campo ristretto del pneumotorace e rientrano in quello generale della fisiologia e fisiopatologia dell'apparato respiratorio.

Lo studio di questi fenomeni — e di altri similari a carico del tubo gastro-enterico — è già quasi completo, ma, per il momento, voglio limitarmi a queste poche parole di riservatissimo accenno.

Ecco, ad esempio, la radiografia di un caso t.b.c. polmonare destra, *prima di iniziare il pneumotorace*, fatta *in decubito orizzontale* supino e con incidenza latero-laterale, destra-lastra. In essa radiografia (v. Radiogr. N. 1) la sede e configurazione della « bolla gassosa » sono subordinate alle leggi aereo-dinamiche.

La radiografia N. 3 dimostra che in *decubito genu-pettorale* la « bolla gassosa » va a



RAD. N. 1. — Decubito orizzontale supino. Radiografia in incidenza laterale D.-laterale S. Prima del **Pnt.**

non si ha indizio alcuno di una raccolta gassosa retro-sternale a margini propri (8).

Nella radiografia N. 2 fatta nello *stesso decubito* e nella stessa incidenza, ma *dopo il* 3° raccogliersi nel recesso pleurico basilare posteriore.

La radiografia N. 4 (t.b.c. polmonare sinistra), fatta in *decubito laterale* destro, con



RAD. N. 2. — Decubito dorsale. Incidenza latero-laterale. Dopo il Pnt. (3° rifornimento).

rifornimento, la « bolla gassosa » è invece ben visibile, e la sua forma a cuneo con base in alto verso l'apofisi ensiforme e l'apice in basso verso il giugulo, dimostra appunto che

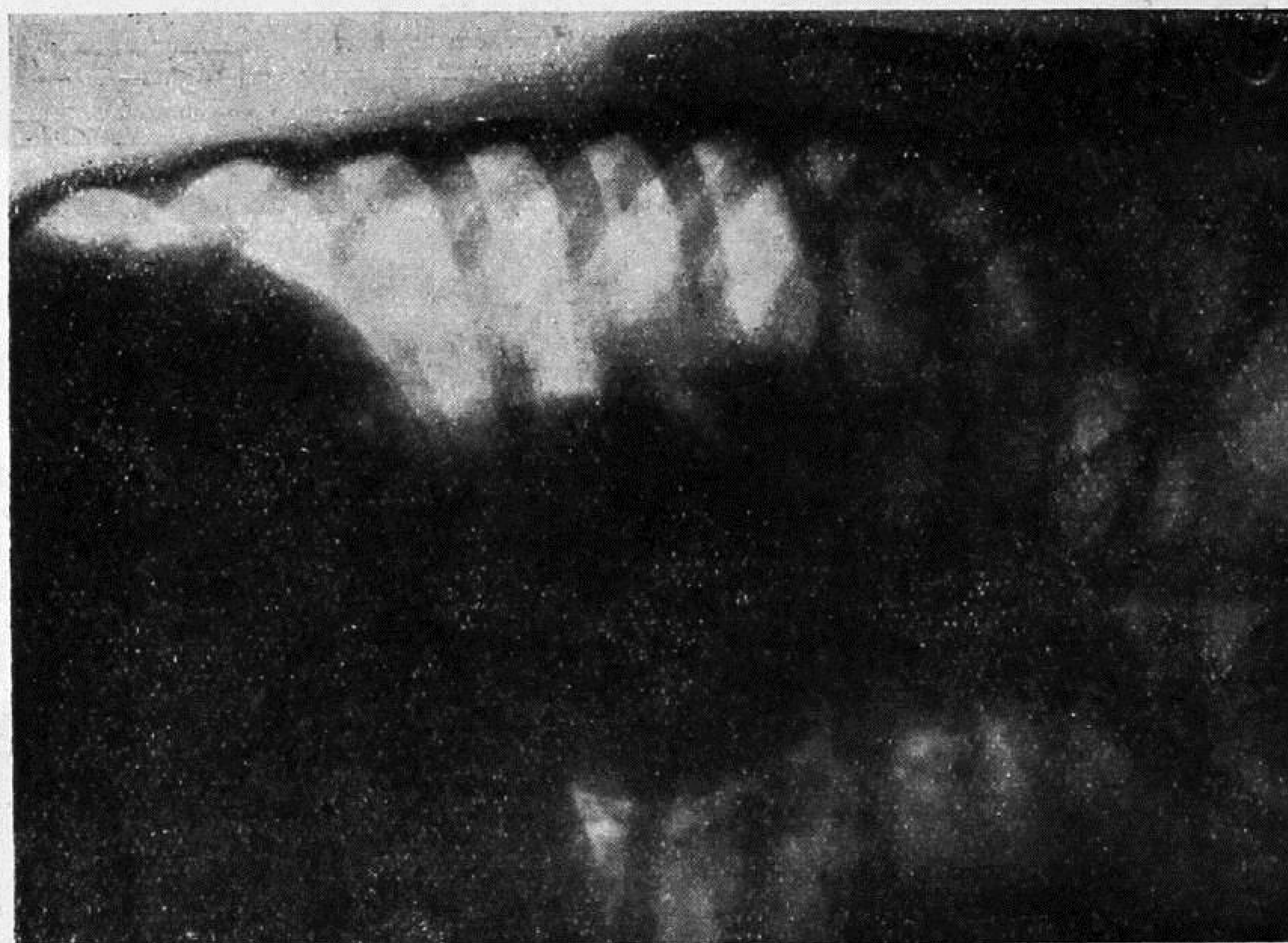
(8) Si noti che sulla radiografia N. 1 è invece nettamente visibile una zona di maggiore trasparenza, a contorni molto sfumati, quasi evanescenti, situata sotto la parte più alta del profilo toracico, a conferma di quanto ho accennato nella nota n. 7 a pag. 11.

incidenza antero-posteriore, *prima del pneumotorace* non mostra alcuna «bolla gassosa», ma soltanto una zona alta di maggiore trasparenza, evidentemente dovuta alla maggiore aereazione locale del polmone (v. nota n. 7 a pag. 11).

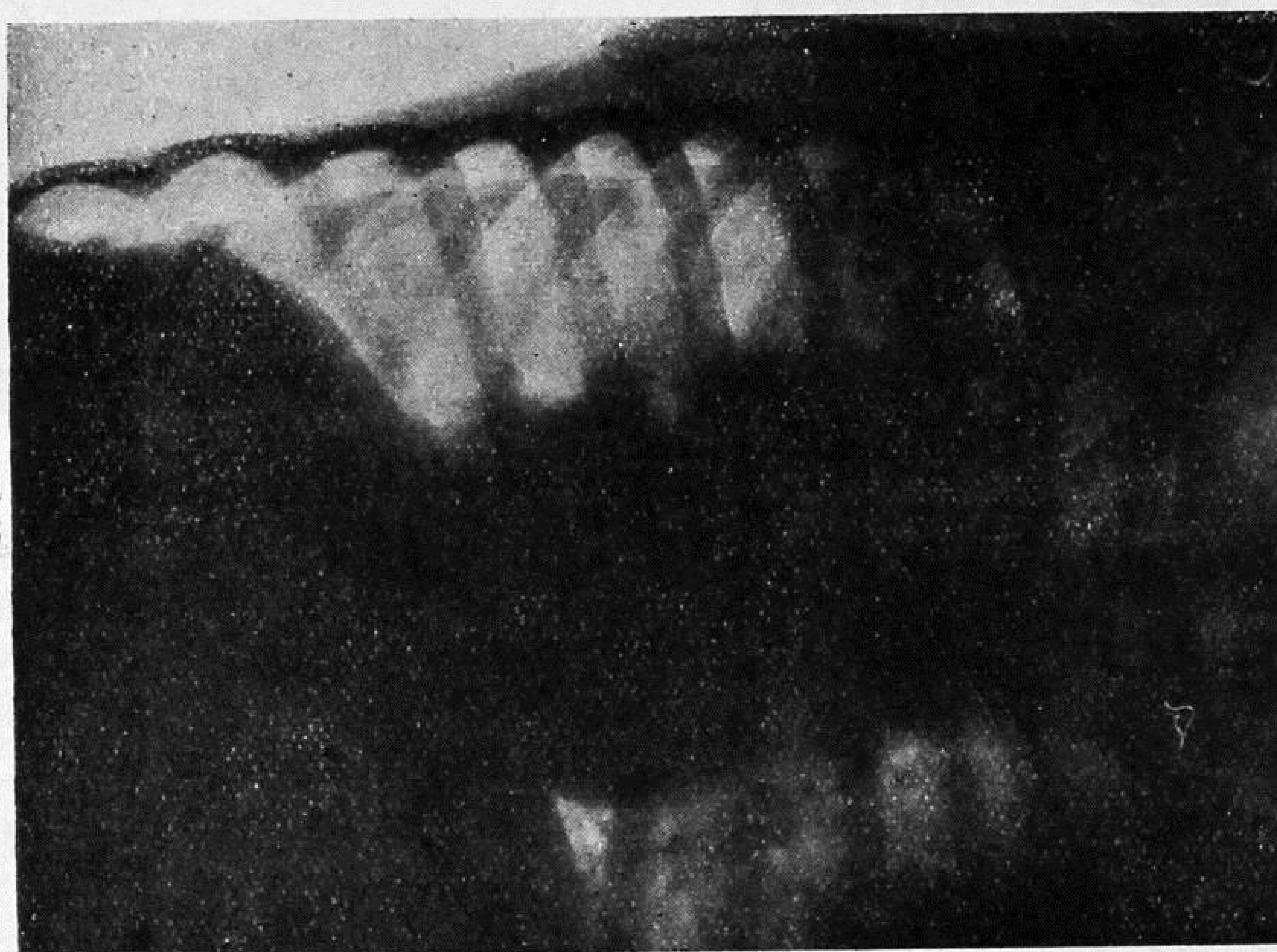
Subito *dopo la prima introduzione*, la «bolla gassosa» è invece molto chiara (v. Radiogr. N. 5).



RAD. N. 3. — Decubito genu-pettorale. Incidenza latero-laterale.



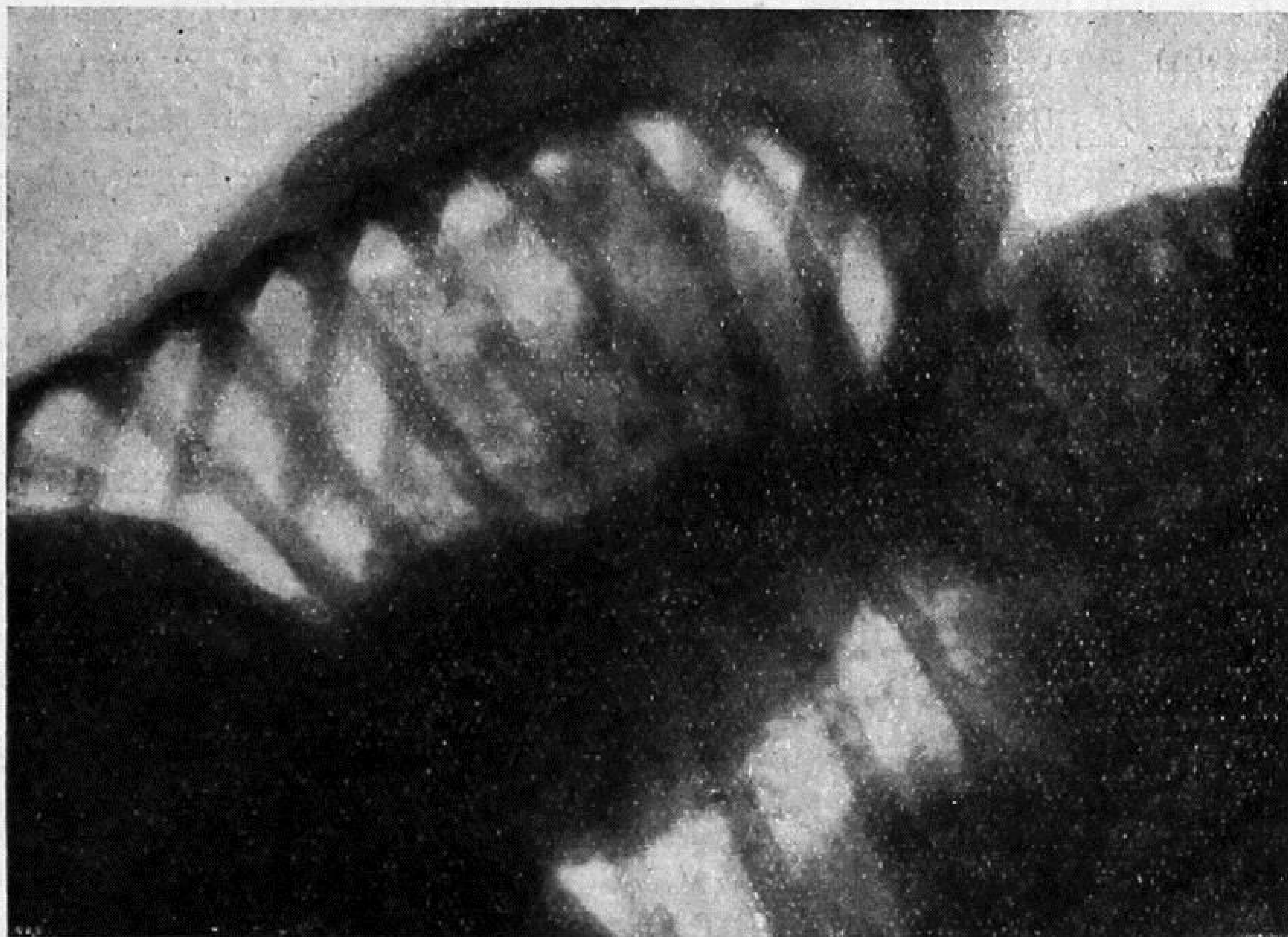
RAD. N. 4. — Decubito sul fianco destro, prima del Pnt. Incidenza antero-posteriore.



RAD. N. 5. — Decubito sul fianco destro, dopo la 1ª introduzione. Incidenza antero-posteriore.

Mantenendo sempre il malato *sul fianco* destro ma *inclinando* fortemente il piano di appoggio, caudale, la radiografia dimostra (v. Radiogr. N. 6) che la « bolla gassosa » è risalita quasi tutta verso la spalla.

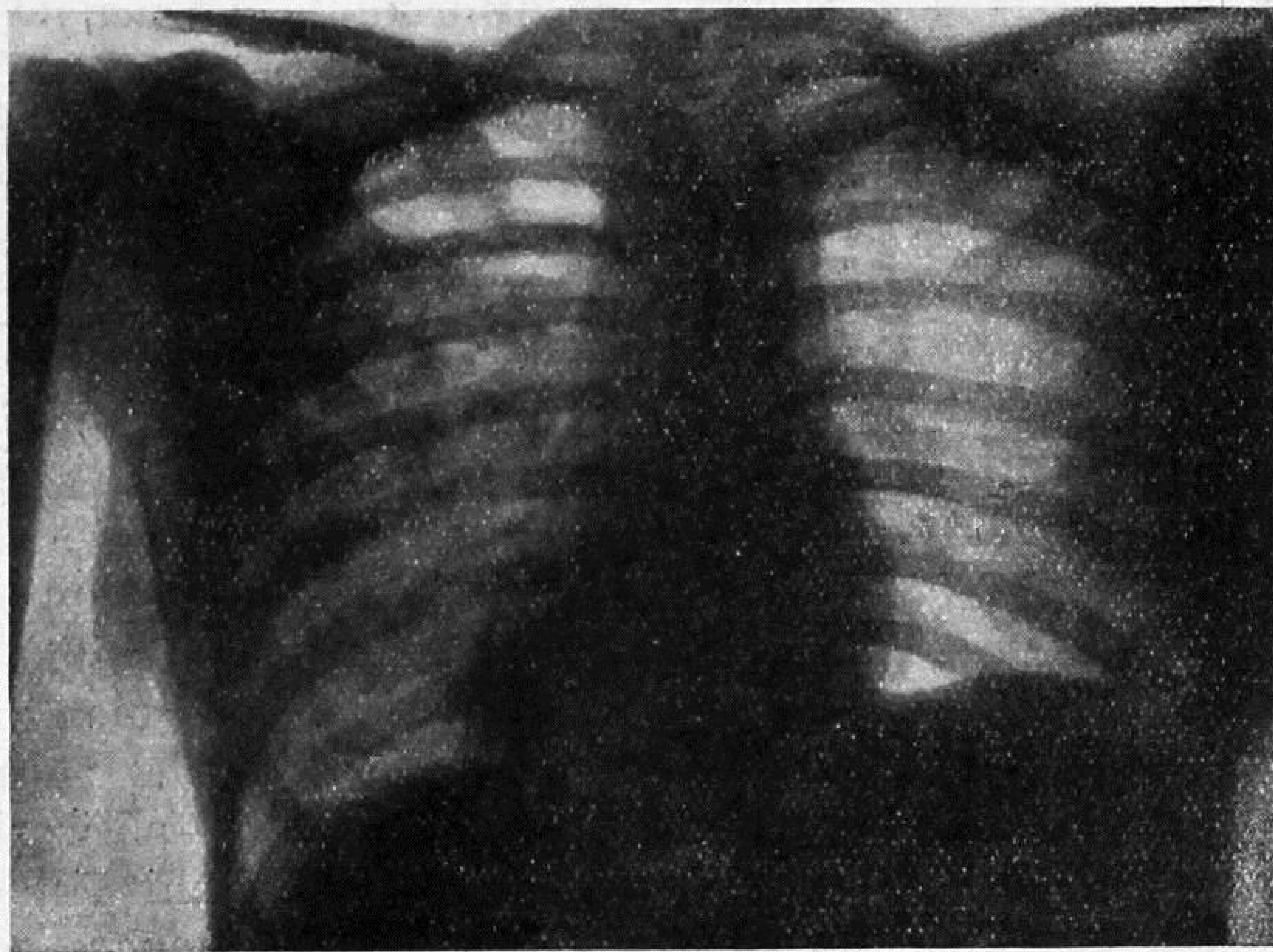
Mettendo, infine, il malato *in piedi*, ecco che



RAD. N. 6. — Decubito obliquo destro: spalla sinistra in alto. Incidenza antero-posteriore.

la « bolla » è andata a raccogliersi sotto le prime coste (v. Radiogr. N. 7).

Il controllo radiologico conferma adunque



RAD. N. 7. — In piedi. Dopo la 1ª introduzione.

in maniera indiscutibile che nel pneumotorace si forma, fino dalla prima introduzione, una « bolla gassosa », mobile secondo le leggi dell'aerecdinamica (9).

IV. — RAPPORTI FRA L'AREA DI IPERFONESI PNEUMOTORACICA MOBILE ED ALCUNI RILIEVI PLESSICI PRECEDENTEMENTE DESCRITTI NEL PNEUMOTORACE.

Da quanto sono andato esponendo resulta che l'a. i. pnt.m. è, almeno dal punto di vista clinico, un rilievo di grande semplicità, se pure di una certa finezza semeiologica. Fa meraviglia perciò che non sia stato fin qui notato e descritto, malgrado i numerosi con-

(9) Il Radiologo del mio Ospedale (dott. LASAGNA) ed il suo Aiuto (dott. NENCINI), che mi sono stati preziosi collaboratori, pubblicheranno *in extenso* la parte radiologica relativa all'a. i. pnt.m., analizzando sopratutto le difficoltà tecniche che il Radiologo incontra nel pneumotorace *imbrigliato*, e cioè in quei casi in cui le aderenze rendono così difficile la documentazione radiologica dell'a. i. pnt. m., da dare talvolta la errata impressione che la « bolla gassosa », nonchè seguirle, sia addirittura in contrasto con le leggi dell'aereostatica e dell'aereodinamica.

tributi portati dagli AA. italiani e stranieri allo studio della semeiologia del pneumotorace.

L' « Area di iperfonesi paravertebrale opposta » descritta da Carpi nel pneumotorace libero, e la « Zona di risonanza controlaterale » descritta da Pieraccini e da Boeri nell'idro- e nel pio- pneumotorace, sono infatti rilievi essenzialmente *statici*, e non hanno nulla a che vedere con l'a. i. pnt.m., il cui carattere essenziale è la mobilità da decubito e la variabilità di sede; e nessuna analogia può del pari essere intravista nemmeno fra l'a. i. pnt.m. e l' « Ernia mediastinica » di Ebert, giacchè a prescindere dalla sua staticità e da tutto quello che semeiologicamente la caratterizza e che sarebbe qui ozioso di riferire, è sempre subordinata a gravi anomalie della regione mediastinica oltre ad essere propria dei soggetti giovani, mentre invece la « bolla gassoso » non riconosce limiti d'età ed è tanto più facile a comparire quanto più il mediastino è normale.

L'a. i. pnt.m. va quindi considerata come un elemento nuovo nella semeiologia del pneumotorace.

V. — IMPORTANZA PRATICA DELL'AREA DI IPERFONESI TORACICA MOBILE.

Da quanto sono andato esponendo risulta, ancora ed anzitutto, che l'a. i. pnt. m. va considerata come il *primo e più sicuro segno* della presenza di una quantità anche molto piccola di gas nel cavo pleurico.

Ma a prescindere dalla importanza che essa ha come indice precoce di pneumotorace spontaneo o terapeutico, la zona di iperfonesi mobile assume grande importanza pratica altresì come elemento di *immediato orientamento* sulla possibilità ed opportunità di continuare il pneumotorace, giacchè anche subito dopo la prima introduzione l'a. i. pnt. m. può, con la sua normale od anormale sede ampiezza, sonorità, configurazione e spostabilità, renderci immediatamente edotti sopra quelle eventuali condizioni anormali del cavo pleurico che potranno (o potrebbero) in seguito opporsi ad una regolare collassoterapia.

A nessuno possono d'altra parte sfuggire le ragioni per cui col suo comportamento normale od anormale (sempre rispetto alla sede grandezza, forma, spostabilità, ecc.), l'area di iperfonesi pneumotoracica mobile costituisce un elemento di significato molto importante non soltanto all'inizio della cura Forlanini ma altresì durante la sua ulteriore prosecuzione: Una « bolla gassosa » che si ipertenda in maniera sproporzionata, o che si muova in un ambito troppo ristretto del torace ed incompletamente, o che sia foggiata in modo eccessivamente e costantemente anormale, non può invero lasciar dubbio alcuno sull'insuccesso ulteriore della cura.

L'a. i. pnt. m. è quindi un rilievo di grande valore pratico tanto per la diagnosi precoce del pneumotorace terapeutico (e di quello spontaneo) quanto per la esatta valutazione ed interpretazione del come si presenta e del come procederà in seguito « la Forlanini ».

CONCLUSIONI.

1) In ogni caso di pneumotorace è dimostrabile un'area di iperfonesi toracica con suono grave di scatola (a. i. pnt.).

2) Tale area è dovuta alla invasione del cavo pleurico da parte del gas pneumotoracico.

3) Allorchè la pleura è completamente libera da aderenze, oppure quando le aderenze non imprigionano e non bloccano la raccolta gassosa, l'area di iperfonesi si forma e si sposta secondo le leggi della aereostatica e dell'aereodinamica, e cioè va ad invadere e ad occupare quella parte del cavo pleurico che sta nel piano diametralmente opposto a quello di decubito del malato (a. i. pnt.m.).

4) L'a. i. pnt. m. ha una forma che varia da caso a caso, in rapporto alla costituzione anatomica ed alle caratteristiche fisiologiche e fisiopatologiche della parte invasa dal gas. La più caratteristica è la forma « a campana » che si ha nel decubito orizzontale supino.

5) Le dimensioni dell'area iperfonetica sono pure variabili da caso a caso, subordinatamente a fattori molteplici, ma sopratutto in dipendenza dalla quantità del gas, dalla distensibilità e spostabilità dei vari punti della pleura e particolarmente dei suoi seni, dalla tensione elastica del polmone e da particolari condizioni di amplificazione di suono derivanti da fenomeni fisici che interessano il parenchima polmonare adiacente alla raccolta gassosa e la parete toracica sovrastante. L'a. i. pnt.m. è perciò, nel complesso, sempre più grande di quanto lo comporterebbe il quantitativo di gas pneumotoracico.

6) Il controllo radiologico conferma i rilievi clinici.

7) L'a. i. pnt. m. ha notevole valore tanto per la diagnosi precoce del pneumotorace terapeutico (e di quello spontaneo) quanto per

la esatta valutazione ed interpretazione di tutto il decorso della cura Forlanini (10).

RIASSUNTO.

L'A. descrive un nuovo rilievo nella semeiotica del pneumotorace, rappresentato da una area di iperfonesi scatolare mobile a secondo dei vari decubiti in cui si esamina il malato. Alla descrizione clinica l'A. fa seguire alcune considerazioni interpretative del nuovo sintomo, offrendone la documentazione radiologica.

(10) Lo studio dell'a. i. pnt.m. mi ha portato al rilievo di un'area di iperfonesi toracica mobile dimostrabile anche senza la presenza di gas nel cavo pleurico e che va riferita a particolari modificazioni fisiche intrapolmonari derivanti dal modificarsi del decubito.

NOTE E CONTRIBUTI.

IIª Clinica Ostetrica Ginecologica della Università di Monaco (Germania)

Direttore: Prof. Dr. Franz Weber.

La narcosi per via endovenosa.

Contributo clinico.

Dott. Rosario Caltabiano, assistente volontario

La narcosi con varii mezzi sinora adoperati (cloroformio, etere, etere-cloroformio) non è priva di inconvenienti, tanto che in una percentuale di casi, che si è andata man mano riducendo, essa di per sè ha determinato nei pazienti disturbi più o meno gravi. Infatti non è raro osservare l'insorgenza di complicazioni polmonari dopo la narcosi eterea, e di lesioni epatiche più o meno manifeste dopo la narcosi cloroformica. I pazienti molto frequentemente accusano malessere generale, vomito insistente ed altri disturbi indefinibili per cui difficilmente si sottopongono ad una successiva narcosi.

La narcosi eterea o cloroformica richiede inoltre un tempo non indifferente prima di determinare l'anestesia generale, e non può essere interrotta rapidamente in caso di necessità.

Queste considerazioni hanno richiamato da tempo l'attenzione dei chirurgi, i quali hanno cercato altri mezzi meno pericolosi e più semplici. Si è esteso così l'uso della rachianestesia con i varii preparati; si è cercato di sostituire l'etere o il cloroformio con ossido di azoto, narzilen, acetilene, e sono state tentate altre vie di somministrazione per i narcotici: la via rettale e la via endovenosa.

Tutti questi metodi non hanno ancora tolto le preoccupazioni del chirurgo che si accinge ad un intervento. Certo che in casi di importanza vitale le preoccupazioni della narcosi passano in seconda linea; *ma in piccoli interventi* nei quali *è necessaria l'anestesia generale* si ha sempre ripugnanza ad esporre i pazienti ai pericoli mediati ed immediati di una narcosi.

Era quindi desiderabile avere a disposizione un mezzo, il quale potesse essere sufficiente a determinare un'anestesia generale di breve durata e senza conseguenze deleterie. A questo scopo il narcotico dovrebbe possedere le seguenti proprietà: 1) determinare un'anestesia completa; 2) non essere tossico alla dose necessaria; 3) non determinare complicazioni; 4) essere facilmente tollerabile da tutti gli individui; 5) essere di semplice applicazione ed agire rapidamente; 6) permettere un'interruzione rapida della narcosi.

Recentemente è stato proposto per narcosi di breve durata un preparato Evipan-Natrium, da adoperarsi per via endovenosa, il quale dalle esperienze sinora note sembra rispondere ai requisiti sopraccennati. Questo è un sale sodico dell'acido N - metilcicloesenilmetilbarbiturico facilmente solubile in acqua. Gli esperimenti condotti negli animali hanno dimostrato che ad una dose di gran lunga inferiore a quella tossica determina rapidamente una anestesia generale e di breve durata, anestesia che può essere prolungata con successiva somministrazione di altre quantità di farmaco. All'infuori dell'anestesia generale non furono osservate azioni collaterali nocive su altri organi; solo si osserva frequentemente una diminuzione della pressione arteriosa di 15-20 mm. di Hg. La sostanza viene rapidamente distrutta dall'organismo cosicchè nelle urine si riscontrano solo tracce di essa. La distruzione avviene con ogni probabilità nel fegato come stanno a dimostrare le esperienze su animali con lesioni epatiche (epatectomizzati, avvelenati con fosforo) i quali si svegliano dal sonno molto più lentamente degli animali sani. La somministrazione prolungata di Evipan per parecchi mesi a dose giornaliera ipnotica non determina alcuna alterazione nello stato di salute dei gatti, i quali sono gli animali che più si avvicinano all'uomo nei riguardi dell'azione di narcotici. Le altre funzioni organiche (ricambio, riserva alcalina, sangue, ecc.) non vengono influenzate in alcun modo dall'iniezione endovenosa del farmaco; le vene nel punto dell'iniezione non vengono irritate.

A questi risultati incoraggianti nelle prove

sugli animali seguirono i primi tentativi di applicazione del farmaco nella terapia umana.

Già nello spazio di un anno l'uso della narcosi endovenosa con Evipan ha trovato largo impiego nelle cliniche tedesche, ed è stata adoperata per svariati interventi di chirurgia generale e di ostetricia e ginecologia.

Ernst ha riferito i risultati della sua esperienza personale in più di 250 casi di narcosi con Evipan e crede di poter caldamente raccomandare l'uso di esso nelle narcosi di breve durata. L'A. rileva che già durante l'iniezione del narcotico subentra lo stato di anestesia generale, scompaiono i riflessi, mentre l'aspetto dei pazienti rimane invariato per tutto il tempo della narcosi tanto da far pensare ad un sonno tranquillo. Egli non ha potuto osservare in nessun caso alterazioni del circolo e del respiro. La narcosi si prolunga per 20-30 minuti ed i pazienti si svegliano lentamente senza accusare disturbi. L'A. nei suoi 250 casi non ha potuto osservare inconvenienti notevoli: solo in 2 casi insorse cefalea; in 3 casi scarsi conati di vomito; in 1 caso diplopia, ed in 2 casi una modesta agitazione: questi disturbi però si dileguarono dopo poche ore dalla narcosi. Secondo l'A. per piccoli interventi (ascessi, lussazioni, ecc.) sarebbero sufficienti 3-4 cc. di soluzione; per interventi di maggior entità non converrebbe oltrepassare la dose di 9 cc. di soluzione, sebbene una maggior quantità non abbia determinato incidenti di sorta. Se occorresse interrompere bruscamente la narcosi basta l'iniezione endovenosa di una forte dose di coramina.

Baucks ha adoperato l'Evipan-Natrium in 125 casi come narcotico esclusivo ed in 38 casi come prenarcotico per operazioni di lunga durata. Secondo l'A. la narcosi dura da 15 a 53 minuti e decorre senza accidenti. Il polso, la pressione, il respiro non vengono influenzati neanche dopo la iniezione di 15 cc. di narcotico. Mai fu dato di osservare complicazioni durante o dopo la narcosi.

Buoni risultati ottenne pure Baumecker in 150 casi di narcosi con Evipan; anche questo A. conferma l'innocuità del farmaco e la semplicità del metodo della narcosi.

Lauber ha usato questo preparato in 159 pazienti di diversa età. In un caso l'A. osservò che dopo 2 minuti dall'iniezione la paziente, una giovane di 24 anni, divenne intensamente cianotica; la respirazione si fece superficiale ed assunse il tipo di Cheyne-Stockes: fu necessaria la somministrazione di anidride carbonica e di lobelia per far ristabilire dopo pochi minuti la paziente. In base alle sue osservazioni l'A. conclude che la narcosi con Evipan è indicata nella piccola e media chirurgia come p. es. incisione di ascessi, riduzione di lussazioni e fratture, asportazione di sequestri, appendiciti non complicate. L'A. consiglia di non adoperare il narcotico in casi di lesioni epatiche, e di essere previggenti in casi di ileo e di malattie settiche. Nei casi in cui si prevede che l'operazione si prolunghi oltre la mezz'ora l'A. consiglia di cominciare le inalazioni di cloruro di etile o di cloroformio quando ancora i pazienti si trovano in piena narcosi evipanica, e ciò perchè quando i pazienti cominciano a svegliarsi dalla narcosi evipanica subentra spesso uno stato di eccitazione che può disturbare il decorso dell'intervento.

Wendel riferisce di aver ottenuto risultati soddisfacenti in 161 casi di narcosi con Evipan-Natrium. L'A. inizia l'intervento già durante l'iniezione appena si ha il rilasciamento muscolare e la caduta del capo da una parte laterale: fa notare che gli individui normalmente o mal nutriti risentono l'azione del narcotico meglio che gli individui grassi; e che individui cachettici sopportano molto bene la narcosi. Non ha potuto mai osservare complicazioni polmonari o di altro genere. Per ottenere un prolungamento della narcosi furono sufficienti solo 5-20 cc. di etere.

Klages ha adoperato l'Evipan come narcotico in 83 bambini della età di 6 mesi a 14 anni, ed alla dose adoperata non ha potuto mai osservare cianosi o disturbi cardiaci.

Le osservazioni sopra riferite riguardano l'uso del narcotico per interventi di chirurgia generale, ma anche in ostetricia ed in ginecologia ha trovato larga applicazione la narcosi endovenosa con Evipan, come stanno ad indicare i numerosi lavori che sull'argomento sono stati pubblicati in Germania.

Holtermann ha adoperato l'Evipan come narcotico in 700 casi, in tre quarti dei quali si trattava di interventi ginecologici; in un quarto di interventi ostetrici di varia natura. In base alla esperienza personale l'A. ritiene di dover raccomandare l'uso dell'Evipan in tutti gli interventi ginecologici ed ostetrici, i quali presumibilmente richiedono una narcosi di breve durata. L'A. ha iniettato da 10 sino a 15 cc. di soluzione di narcotico senza osservare alcun inconveniente; raramente ha notato l'insorgenza di vomito, agitazione, cefalea, dopo la narcosi; ordinariamente le pazienti si svegliano lentamente come da un sonno tranquillo. Risultati soddisfacenti ha ottenuto l'A. adoperando l'Evipan anche in interventi di lunga durata: in tali casi mentre le pazienti si trovavano in

stato di narcosi per l'Evipan venivano fatti inalare scarse quantità di etere. Fu reso così possibile all'A. di prolungare la narcosi per ore adoperando poca quantità di etere.

Lissard ha adoperato la narcosi con Evipan in numerosi interventi ostetrici e ginecologici (aborti, interruzioni di gravidanze, tumori degli annessi, rivolgimenti, ecc.) e ritiene che la narcosi con Evipan debba essere il metodo di scelta per l'anestesia generale. Osserva però che tale narcosi non è da sola sufficiente in casi di interventi intraddominali, perchè talvolta dopo l'iniezione di Evipan non si ha il rilasciamento completo della muscolatura addominale: in questi casi l'A. consiglia la somministrazione di etere dopo l'iniezione della soluzione di Evipan. Non esistono, secondo l'A., controindicazioni speciali, poichè persone in cattive condizioni generali, cardiopazienti, ipertesi possono sopportare benissimo la narcosi evipanica.

Deinhardt in 250 casi di narcosi con Evipan per interventi ostetrici e ginecologici di varia natura non ha mai osservato alcun inconveniente. Anche quest'A. ritiene che in casi di interventi di lunga durata convenga iniziare la narcosi con Evipan ed eventualmente prolungarla con poca quantità di etere o di cloroformio.

Alle stesse conclusioni viene Roda, che ha adoperato l'Evipan in circa 100 casi di interventi ostetrici e ginecologici.

Dalle osservazioni dei varii AA. risulta concordemente ammessa l'innocuità della narcosi evipanica e sono evidenti i vantaggi che se ne possono avere sia negli interventi di breve durata come in quelli di lunga durata. Nei primi infatti noi possiamo evitare di esporre i pazienti ai pericoli non indifferenti della narcosi eterea o cloroformica; nei secondi possiamo ottenere lo scopo somministrando una quantità molto minore di etere o di cloroformio, diminuendo così la possibilità di una intossicazione eterea o cloroformica.

Esperienza personale: Da circa un anno in questa Clinica è stato introdotto l'uso dell'Evipan come narcotico generale, ed è stato adoperato in numerosi interventi ginecologici come risulta dalla sottostante tabella.

Raschiamenti in seguito ad aborti casi	N.	80
Cisti ovariche	»	10
Sterilizzazione chirurgica	»	7
Isteropessi	»	5
Operazioni sugli annessi per annessiti croniche	»	7
Miomi	»	9
Gravidanze estrauterine	»	8
Resezione della portio	»	12
Cistocele e rectocele	»	15
Taglio cesareo	»	2

Si trattava di donne dall'età variabile da 20 a 60 anni e di diverse condizioni di salute, alcune in florido stato altre piuttosto deperite. Tutte indistintamente hanno sopportato senza alcun disturbo apprezzabile la narcosi, la quale ebbe la durata da 25 a 35 minuti.

Dopo l'iniezione di 1-2 cc. della soluzione le pazienti provavano un certo senso di benessere e di euforia, tanto che non è stato raro il caso di osservare esclamazioni di gioia e di godimento in questo primo stadio della narcosi. La perdita della conoscenza comincia ordinariamente dopo aver iniettato 4-5 cc. di soluzione: in questo momento occorre osservare spesso uno stato di tensione muscolare molto modesto e di breve durata, tanto che dopo pochi secondi si ha rilasciatezza muscolare e sopravviene un sonno tranquillo. Durante la narcosi con Evipan non si ha dilatazione delle pupille; non intervengono disturbi del respiro e del polso. Talvolta le pazienti russano molto forte, per cui è bene in tali casi introdurre nella bocca un tubo abbassalingua, che rimarrà poi per tutto il tempo della narcosi. Dopo 25-35 minuti le pazienti ordinariamente cominciano a svegliarsi e se interrogate rispondono quasi sempre di aver dormito molto bene; vogliono alzarsi e camminare non avvertendo disturbi speciali ad eccezione di un certo senso di stanchezza.

Talvolta è occorso a noi di dover prolungare la narcosi oltre i 30 minuti: in questo caso dopo circa 20 minuti di narcosi con Evipan abbiamo fatto inalare piccole quantità di etere mediante una mascherina avvolta da un pannolino in modo che la paziente potesse aspirare la maggior quantità possibile di etere. Sono occorsi ordinariamente 20-40 cc. di etere per ottenere un prolungamento della narcosi per 1-2 ore.

Per quanto riguarda la tecnica dell'iniezione, l'esperienza mi ha insegnato che il metodo più adatto è il seguente. L'iniezione endovenosa della soluzione di fresco preparata va fatta in principio molto lentamente ed in modo che in 2 minuti possano essere iniettati 2 cc. della soluzione. Se, come avviene in qualche caso, dopo l'iniezione di 4 cc. di narcotico sopravviene uno stato di tensione muscolare degli arti e dell'addome, conviene allora iniettare rapidamente 1-2 cc. di soluzione e ripetere poi l'iniezione di Evipan ogni minuto 1 cc. In questo modo si è sicuri di ottenere rapidamente il rilasciamento di tutti i muscoli in modo da potere subito cominciare l'operazione.

Nella nostra casistica non abbiamo potuto constatare alcuna controindicazione specifica;

solo in qualche caso di donna grassa, di costituzione pletorica ed ipertesa l'iniezione di 10 cc. della soluzione di Evipan non è stata sufficiente a determinare la narcosi completa e fu necessario ricorrere alla somministrazione di etere.

CONCLUSIONI E RIASSUNTO.

In base alla esperienza personale su 150 casi di interventi ginecologici con narcosi endovenosa possiamo affermare che la narcosi con Evipan per via endovenosa è priva di inconvenienti. Questo farmaco è da raccomandarsi come narcotico esclusivo in interventi di breve durata, e come utile narcotico sussidiario in interventi di lunga durata.

BIBLIOGRAFIA.

DEINHARDT. *Evipan-Natrium ein neues intravenöse Kurz- und Basis-Narkotikum.* Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 94, 1933.

ERNST. *Evipan-Natrium ein neues Mittel zur intravenöse Allgemeinnarkose.* Münch. med. Woch., 1933, n. 4.

HOLTERMANN. *Klinische Erfahrungen mit der intravenöse Evipan-Natrium-Narkose in der Gynäkologie u. Geburtshilfe.* Deut. med. Woch., 1933.

KLAGES. *Kindernarkose mit Evipan-Natrium.* Chirurg., 1933, Bd. 5.

LISSARD. *Evipan-Natrium in der Geburtshilfe und Gynäkologie.* Münch. med. Woch., 1933, n. 12.

LAUBER. *Erfahrungen mit der intravenösen Rausch-Kurz- und Basisnarkose mit Evipan-Natrium.* Zentr. f. Chirur., 1933, n. 14.

RODE. *Erfahrungen über Evipan-Natrium ecc.* Fortschr. der Therapie, 1933, 2.

WENDEL. *Beitrag zur intravenösen Allgemeinnarkose mit Evipan-Natrium.* Chirurg, 1933, H. 7.

BAUMECKER. *Evipan-Natrium eine neue Kurznarkose.* Zentral. f. Chirurg., 1933.

BAUCKS. *Erfahrungen mit der injiezierbaren Evipan-Natrium-Narkose.* Ibid., 1933, n. 6.

DIVAGAZIONI

Aspetti chimici della vita.

Nel Congresso annuale della Società brittannica per il progresso delle Scienze, Sir F. Wowland Hopkins ha tenuto una conferenza su questo argomento, osservando anzitutto che la vita ha come attributo fondamentale l'arresto del continuo aumento dell'entropia, che si ha in tutto il resto dell'universo. Con questo, non si deve ritenere che la vita sfugga al secondo principio della termodinamica; essa non fa che interporre una barriera, una diga al serbatoio dell'energia che provvede un potenziale per la sua notevole attività.

L'arresto della degradazione dell'energia nella natura vivente è un concetto biologico primario. Ogni unità vivente va considerata come un trasformatore di energia comunque acquisita e la biochimica ha un profondo interesse per tali trasformazioni.

Notevole è l'importanza della struttura molecolare nella determinazione delle proprietà del sistema vivente, in cui essa spiega le particolarità caratteristiche della sua struttura non diversamente da quanto fa nel laboratorio del chimico.

Quando la chimica colloidale è venuta a portare il suo indispensabile aiuto alla biochimica, vi fu la tendenza a supervalorizzare le proprietà meno specifiche del sistema colloidale: la fase, la superficie, la membrana, ecc., senza considerare abbastanza la specificità che la struttura molecolare imprime ai rapporti chimici. Ora, se la membrana non possedesse, alla sua superficie, una struttura molecolare altamente specializzata, non si avrebbe nessuna reazione. Di fatto, non si avrebbe nessuna catalisi e, senza catalizzatori, ogni unità vivente sarebbe un sistema statico.

I catalizzatori di una cellula vivente sono le strutture enzimiche le quali spiegano la loro attività alla superficie delle particelle colloidali o su altre superfici nell'interno delle cellule. La molecola, nel sistema di una cellula, può rimanere inattiva fino a che per una superficie viene in contatto con una struttura enzimica, la quale sia adattata per la molecola stessa. Questa diventa così « attivata » ed entra in una determinata via di modificazioni.

Molto elevata è la specificità dei catalizzatori; ogni enzima è adattato in modo tale da entrare in rapporti effettivi soltanto con una specie di molecole. Una cellula vivente è la sede di moltissime reazioni, che devono essere altamente organizzate se essa deve mantenere la sua identità e ritornare al suo equilibrio dopo il perturbamento. I materiali per il suo mantenimento le provengono dall'ambiente esterno; la loro scelta è determinata anzitutto dalla permeabilità, ma di significato ancor più profondo è la specificità della cellula catalizzatrice.

La coordinazione dei tessuti e l'azione del sistema nervoso.

Negli organismi superiori, i tessuti chimicamente diversi, di funzioni diverse e lontani, reagiscono l'uno sull'altro, per mezzo di agenti chimici trasmessi mediante il circolo che viene così a coordinare le attività del corpo. È vero che il sistema nervoso possiede l'influenza più altamente organizzata, ma esso la esercita mediante le proprietà della molecola chimica; così, nel controllo del vago, si è dimostrato che l'impulso libera dell'acetilcolina nell'organo ed è noto che l'iniezione di tale sostanza riproduce in ogni particolare gli effetti dello stimolo del vago. Si hanno altri fatti che dimostrano come nel caso di altri nervi dello stesso gruppo morfologico del vago si ha la stessa liberazione di acetilcolina.

Ormoni e vitamine.

Vi sono poi sostanze — gli ormoni — che portano dei « messaggi » chimici da un organo all'altro. Essi sono prodotti continuamente in organi specializzati ed ognuno ha la propria sede (o sedi) di azione. È nota la profonda influenza della tiroxina, una sostanza di non grande complessità, per mantenere un accrescimento armonioso del corpo e per regolare il metabolismo. Anche l'epinefrina — pure essa relativamente semplice — mantiene diversi adattamenti fisiologici.

Ma il campo in cui si sono maggiormente sviluppate le nostre conoscenze è quello degli ormoni sessuali. Quando un uovo matura e viene eliminato, si produce della estrina nell'ovaio, la quale assicura la fecondazione. Il nuovo tessuto del corpo luteo produce pure, in questo momento, un ormone speciale. Tali ormoni agiscono alternativamente mentre, d'altra parte, circolano gli ormoni della pituitaria anteriore, regolando l'attività ovarica.

Dagli ormoni non vanno separate le vitamine. È vero che queste ci provengono soltanto dalla dieta, mentre i primi sono prodotti dall'organismo animale; ma si è dimostrato che alcune specie animali producono delle vitamine che vanno considerate come degli ormoni. Le conoscenze sulla struttura molecolare degli ormoni come delle vitamine vanno crescendo rapidamente e non è forse lontano il tempo in cui si potranno conoscere bene i rapporti fra la struttura molecolare e l'attività fisiologica.

fil.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI GENITALI MASCHILI.

I tumori del testicolo.

(Ciceri. *Giornale Veneto delle Scienze Mediche*, marzo 1933).

L'A. ha potuto raccogliere e studiare 23 casi di tumori del testicolo operati nell'Ospedale Civ. di Venezia dal 1900 al 1932, oltre 4 altri casi in cui non fu possibile alcuna cura chirurgica, avendo i tumori superato i limiti di operabilità.

Dal suddetto studio risulta che i tumori del testicolo rappresentano il 0,15 % di tutte le malattie di interesse chirurgico. L'età più colpita dai tumori del testicolo è quella compresa fra 30 e 35 anni, per quanto esistano nella statistica dell'A. anche 2 casi comparsi fra i 10 e i 20 anni e 3 al disopra dei 60 anni. Il lato più colpito è il sinistro (14:9), e generalmente il tumore è unilaterale.

Fra i precedenti anamnestici dei malati osservati figura due sole volte l'ereditarietà. Molti AA. danno importanza fra i dati anamnestici personali all'ectopia testicolare e al trauma. L'ectopia è incolpata da molti autori come un fattore predisponente a causa dei continui traumatismi a cui il testicolo ectopico è sottoposto in conseguenza delle contrazioni muscolari (Giordano); tanto che alcuni consigliano in caso di testicoli ectopici, di ricorrere all'estirpazione del testicolo (Romiti) piuttosto che a una orchidopessia.

Nella statistica dell'A. un solo caso di tumore del testicolo riguarda un testicolo ectopico.

Il trauma figura nei precedenti degli ammalati due volte. Pregresse infiammazioni generalmente blenorragiche figurano invece otto volte.

Nei riguardi della diagnosi bisogna differenziare i neoplasmi del testicolo dalle cisti dell'epididimo, dall'ematocele, dalla sifilide e dalla tubercolosi della glandola. Ciò che in genere non è difficile.

Per ciò che riguarda la diagnosi di natura di tumore l'A. ricorda come Wasterlain abbia richiamato l'attenzione sul fatto che la reazione di Aschheim-Zondek riesce positiva in caso di tumori embrionari del testicolo.

La cura consiste nella castrazione con asportazione del deferente seguita dal metodico svuotamento della zona iliaca e della regione lombo-aortica ove affluiscono i linfatici del testicolo.

Secondo l'esperienza dell'A. la cura Roentgen non ha dato nei casi trattati (4) risultati troppo incoraggianti. Dal punto di vista istologico nei 23 casi operati si ebbero 11 seminomi, 6 sarcomi, 4 tumori embrionali, 1 endotelioma e 1 interstizioma.

A. Calcagni.

Torsione del funicolo spermatico.

(O' CONNOR. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, agosto 1933).

La torsione del funicolo spermatico, pur senza essere frequente, non va considerata una rarità clinica come si suppone abitualmente. Si giunge a questa conclusione ricostruendo accuratamente l'anamnesi di ogni portatore di un testicolo totalmente o parzialmente atrofico che capiti all'osservazione. La diagnosi che è stata generalmente fatta in questi casi, in luogo di quella esatta, è di: « orchite, epididimite, idrocele acuto » non confortate però dalla storia, dalla sintomatologia nè dai sintomi obiettivi, e, siccome conseguenza logica di tali diagnosi è l'astensione, laddove sarebbe strettamente indicata una condotta terapeutica interventista, il risultato finale, assai deplorevole. è la perdita di un testicolo. Vale quindi la pena, pensa l'A., di ricordare quei dati che permettono una diagnosi precoce tanto più che l'intervento conservativo ha probabilità di successo solo se praticato entro le prime ore.

La torsione del testicolo può verificarsi a qualsiasi età; l'A. nella sua statistica, ne ha un caso riconosciuto poco dopo la nascita e un altro a sessantotto anni, purtuttavia l'epoca più comune è l'infanzia e l'adolescenza. È più frequente nel lato destro e in testicoli non completamente discesi. Come causa determinante si deve riconoscere la contrazione delle fibre del cremastere; bisogna però ammettere che questa causa non è in grado di agire se non in presenza di anomalie anatomiche quali l'anormale decorso e inserzione al testicolo delle fibre cremasteriche, una certa deficenza del « gubernaculum testis » e una vaginale più ampia del normale. La torsione avviene specialmente durante gli sforzi; nei casi di torsione a ripetizione sono sufficenti anche degli sforzi modesti.

All'intervento il cordone al disopra della torsione mostra delle vene dilatate o parzialmente obliterate; anche l'arteria spermatica è dilatata ma pervia. Se si tratta di torsione acuta i tessuti circostanti sono edematosi; se si tratta di torsione cronica sono aderenti e fibrosi. La torsione si verifica nella parte inferiore del funicolo, ricoperta dalla vaginale; generalmente avviene da fuori in dentro e consiste di un numero di giri variabile da mezzo a due. All'apertura della vaginale si trova del liquido ematico in quantità variabile o, se il processo data da tempo, del sangue coagulato. Distalmente alla torsione il cordone e l'epididimo sono ingorgati e di colorito rosso-scuro o livido; il testicolo può raggiungere dimensione tripla del normale.

Sintomatologia. — Questa s'inizia con dolore all'inguine, di intensità variabile, ma sempre acuto; rapidamente il dolore si localizza alla parte inferiore del cordone e al testicolo che divengono sede di tumefazione, la quale va gradualmente crescendo nelle prime dodici-ventiquattro ore. È in questo periodo che il dolore ha il massimo di intensità. Lo scroto diviene arrossato e teso. Un'accurata osservazione dimostra che la tumefazione si arresta al sito di torsione e che il testicolo, a causa della torsione, si innalza; l'epididimo, palpabile all'inizio, è in posizione anteriore o antero-laterale invece che posteriore. Polso, temperatura, conta dei leucociti, sono normali o poco alterati. Non intervenendo, dopo duecinque giorni si ha un'attenuazione dei dolori; la tumefazione persiste per dieci-quattordici giorni; lentamente poi s'inizia l'atrofia del testicolo.

Diagnosi. — Saranno escluse con facilità l'orchite, l'epididimite, l'ernia strozzata, l'adenite inguinale acuta, basandosi sull'anamnesi e su un esame obiettivo accurato; l'inizio brusco, la mancanza di precedenti e di dati obiettivi che permettano di pensare alle suaccennate entità morbose, il reperto di uno scroto arrossato, tumefatto e teso, l'innalzamento del testicolo e l'arresto della tumefazione alla parte inferiore del funicolo, permetteranno di fare una diagnosi esatta.

Prognosi. — Buona quoad vitam; infausta, se non s'interviene, in riguardo alla funzione del testicolo; l'intervento, per avere buona probabilità di successo, deve essere praticato nelle prime tre o quattr'ore. Dopo le ventiquattr'ore l'intervento è indicato solo in caso di dolori insopportabili; allorchè la fenomenologia accenna a diminuire è consigliabile il trattamento palliativo.

Trattamento. — È stata raramente praticata con successo la detorsione a cielo coperto, attraverso i piani superficiali; generalmente bisogna ricorrere all'intervento cruento che permette la detorsione sotto il controllo della vista; l'intervento sarà completato con l'orchidopessia. Nei casi in cui il testicolo appaja troppo compromesso sarà necessario ricorrere all'orchidectomia.

L. FERRETTI.

Seminoma del testicolo con metastasi polmonare. Tentativo di trattamento radioterapico.

(M. FRITZ BUSSER. *Société des Chirurgiens de Paris*, aprile 1933).

Il dott. Le Fur riferisce su questo lavoro del dott. Fritz Busser concernente un uomo di 24 anni, che nel febbraio 1931 presentava la seguente sintomatologia: tumore testicolare con metastasi ganglionari iliache e polmonari. Nel marzo dello stesso anno fu sottoposto a castrazione e irradiazione su due zone: *a*) su la massa ganglionare iliaca: dose omogena di 600 Roentgen in 3 sedute di 200 Roentgen; *b*) su i polmoni: metodo a fuoco incrociato in 4 campi 10/12 parasternali e paravertebrali con

dose incidente di 600 Roentgen per campo, a 40 cm. di distanza focale, in 3 sedute di 200 Roentgen, cioè in totale 2.400 Roentgen.

Nessun cambiamento alla fine del trattamento. Nel giugno modificazioni quasi nulle a livello dei polmoni; scomparsa totale delle metastasi iliache. Nel luglio nuovo trattamento di raggi. Recidiva con cachessia rapida. Settembre 1931 morte.

Questa osservazione e un'altra fatta dal prof. Sencert, che con una cura radioterapica intensiva, ebbe risultati veramente ottimi; infatti 7 anni dopo il trattamento il malato non presentava alcuna recidiva, hanno indotto il dott. Busser a dare una estrema importanza al metodo di cura sempre dopo castrazione, che è necessaria per potere fare una biopsia, e poi perchè il testicolo colpito è inservibile. Allorchè esistono delle metastasi ganglionari o polmonari, bisogna subito intraprendere un trattamento radioterapico estremamente energico, che comporta delle dosi massime applicate quotidianamente.

Infatti si sa che i seminomi sono molto radiosensibili, mentre che gli embrioni testicolari sono radioresistenti. Al contrario la sola castrazione senza trattare le metastasi ganglionari o altro, porta, come afferma il prof. Marcel Jaly, a morte sicura tra i 6-8 mesi dopo l'atto operativo.

Il metodo radioterapico consiste: nell'irradiare prima la regione testicolare, in seguito la regione ganglionare e tutte le metastasi, qualunque esse siano. Bisogna procedere a una sola applicazione radioterapica forte o come consiglia il Joly, utilizzare delle piccole dosi di raggi di lunghezza d'onda media per otto e più giorni di seguito, secondo le reazioni particolari del malato e ricominciare quattro mesi dopo la prima serie, con un'altra serie di irradiazione, che si potrà rinnovare sei mesi più tardi. N. DI PAOLA.

DERMOSIFILOGRAFIA.

Dermatiti da cosmetici.

(L. HOLLANDER. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 22 luglio 1933).

Le dermatiti da cosmetici vanno diventando sempre più frequenti in rapporto col maggior uso che si fa di tali « prodotti di bellezza ». I diversi elementi che possono far nascere il sospetto che la dermatite sia dovuta all'uso di cosmetici sono, secondo l'A., i seguenti:

1) *Localizzazione*. Generalmente nelle parti scoperte; nei casi gravi, a causa del grattamento, possono venir prese anche delle zone lontane. Secondo la localizzazione possono venire presi in considerazione vari fattori.

Cuoio capelluto. Tinture e liquidi tonici per capelli; generalmente si tratta di sostanze irritanti contenute nei tonici (cantaride, capsico).

Fronte. Lozioni e tinture per capelli; creme.

Palpebre. Tonici e tinture per capelli, creme per massaggio; lozioni per gli occhi, ciprie, liquidi per polverizzazioni nasali.

Naso. Liquidi per polverizzazioni nasali.

Area circumorale. Polveri o paste dentifricie, liquidi per lavatura della bocca, rossetto.

Faccia. Creme, ciprie, tonici o tinture per capelli, preparati per l'ondulazione dei capelli, saponi, depilatori.

Area retroauricolare. Profumi, tonici per capelli.

Collo. Profumi, tonici e tinture per capelli, preparati per l'ondulazione, creme per massaggio (specialmente quelle al limone).

Ascelle. Deodoranti, depilatori, profumi.

Capezzoli ed ombelico. Profumi.

Area sottomammillare. Polveri, saponi.

Unghie. Coloranti per unghie, operazioni da parte della manicure. (Tener presente che la lucidatura ottenuta con l'applicazione della vernice a base di celluloide ha un pessimo effetto sulla nutrizione dell'unghia. *N. d. R*).

Inguine e regione anale. Panni o cuscinetti per le mestruazioni, carta per pulizia anale, deodoranti, tinture.

Gambe. Depilatori, saponi.

Spazi interdigitali e piante dei piedi. Polveri essiccanti per i piedi.

2) *Comparsa rapida*. Generalmente l'eruzione si inizia senza sintomi premonitori. Se è dovuta a forti irritanti chimici, i sintomi obbiettivi — rossore e gonfiore — si manifestano rapidamente; se invece si tratta di ipersensibilità, i sintomi sono più lievi.

3) *Sintomi subbiettivi intensi*. Nella maggior parte dei casi, il senso di bruciore e specialmente il prurito sono sproporzionati alla lesione, con vivo desiderio da parte del paziente di sfregare la parte affetta.

4) *L'elemento « tempo »*. È importante il tempo di comparsa dei sintomi e della loro massima intensità. Le dermatiti da forti agenti chimici sono in rapporto diretto con l'applicazione, mentre l'intensità dell'eruzione ha sempre una netta periodicità associata con l'applicazione dei cosmetici. Così, il cosmetico applicato sulla testa provocherà i sintomi durante la notte ed all'alzarsi, in quanto che la sua azione si diffonde alle zone più sensibili della faccia e del collo, per il contatto con la biancheria del letto.

Se l'eruzione è dovuta ai profumi, è generalmente necessaria la luce solare per farla manifestare ed i sintomi si avranno dopo la esposizione al sole. Quando è dovuta a creme, compare mezz'ora dopo l'applicazione. Se invece è prodotta da polveri (si tratta per lo più di sensibilità alla radice dell'iris, che è spesso un componente delle ciprie), compare quando la paziente sente caldo ed allora, per opporsi alla traspirazione ed all'escrezione seba-

cea, applica nuovamente la cipria con maggiore intensità.

5) Il *tipo dell'eruzione* varia dal semplice eritema all'escoriazione, fino alla perdita delle strutture epidermiche. Spesso è ben definita e bilaterale senza essere simmetrica.

Non vi è sempre bisogno che il paziente stesso usi i cosmetici irritanti; si può avere una dermatite da contatto nel marito od in altri che vivono in stretto contatto, con la persona che usa il cosmetico.

Le creme producono generalmente un'eruzione vescicolare fina, su base infiammatoria di un rosa pallido. Più vigoroso è il massaggio e più fina la tessitura della pelle, più marcato è il quadro.

Le polveri ed il rossetto producono una leggera desquamazione non dissimile dal tipo eritematoso del lupus eritematoso.

I preparati dentifrici dànno un'iperemia secca desquamante delle labbra ed anche una lieve vescicolazione, con ragadi delle mucose.

I preparati per i capelli provocano edema e rossore delle palpebre superiori, con rapido aggravamento e formazione di ragadi nelle pieghe trasversali; oltre a ciò, formazione di minute vescicole sulla fronte lungo la linea dei capelli e dermatite vescicolare delle orecchie.

I profumi dànno lesioni allungate, rosse, edematose, a forma di placche, rivelate od intensificate dalla luce solare. Dopo un certo tempo, tali lesioni sono sostituite da una pigmentazione bruna, persistente.

I coloranti per le unghie e le varie procedure della manicure provocano la desquamazione e la rottura dell'unghia e talvolta anche infiammazione della plica ungueale.

I deodoranti ed i depilatori dànno una follicolite indolora, che tosto o tardi si fa suppurativa e si diffonde per contiguità.

Per assicurare la diagnosi è consigliabile fare sullo stesso paziente una reazione con lo stesso cosmetico usato; se ne spalma una piccolissima quantità sulla pelle dell'avambraccio, ricoprendolo poi con medicatura impermeabile che si tiene per 24-48 ore. Eventualmente, si ripete l'operazione su cute scarificata. La prova va considerata come positiva se compare un eritema, eventualmente una vescicolazione, e rimane per 24 ore. Se si tratta di crema, si deve praticare il massaggio. Spesso, dopo la prova, si ha un'esacerbazione dei sintomi originali.

Con la sospensione dell'uso del cosmetico, scompaiono i sintomi; se il cosmetico era stato usato in parti pelose, è necessaria una buona lavatura (« shampoing »). Scomparsi i sintomi, la riapplicazione del cosmetico provocherà la recidiva.

L'A. riporta tre casi in cui la dermatite era stata provocata da un preparato per l'ondulazione dei capelli, chiamato « La Gerardine ».

fil.

La splenoterapia delle dermatosi pruriginose.

(J. GATÉ, J. CHARPY e J. MONARD. *Le Journ. de Méd. de Lyon*, 20 maggio 1933).

È a Leo von Zumbusch ed ai suoi allievi che risale il merito di avere per primo nel 1927 sperimentato gli estratti di milza nel trattamento delle dermatosi in generale e più particolarmente di quelle che si accompagnano a prurito. Questi Autori, basandosi sulla doppia constatazione che gli eczematosi presentano, come i soggetti splenectomizzati, un'eosinofilia sanguigna e che, d'altra parte, la radioterapia splenica a dosi stimolanti è capace di migliorare alcuni eczemi, ne inferirono che in alcune dermatosi esiste forse una meiopragia splenica che deve essere combattuta.

Gli AA. che hanno largamente sperimentato gli estratti di milza nel trattamento delle dermatosi pruriginose, ne riferiscono ora gli interessanti risultati.

Contrariamente alla maggior parte degli autori che hanno utilizzato questo metodo terapeutico, essi non hanno creduto di tralasciare le regole generali igieniche e dietetiche, che servono di base al trattamento di ogni dermatosi. Per quanto riguarda le dosi si sono serviti di dosi molto variabili, da uno a 20 grammi d'estratto per ciascuna iniezione, che veniva praticata ogni giorno o ogni due giorni. Secondo la loro impressione con le forti dosi non si ottiene maggiore rapidità di azione. Gli estratti di milza usati si sono mostrati in linea generale del tutto inoffensivi: si sono però avute talora delle piccole reazioni senza importanza. In un caso si aveva, dopo ciascuna iniezione, una forte reazione febbrile, accompagnata da malessere generale. In due altri casi si ebbe, dopo l'iniezione, in uno una congestione del viso, in un altro uno stato lipotimico. Queste manifestazioni furono ad ogni modo fugaci e non si riprodussero dopo le iniezioni seguenti. È logico pensare che si aveva a che fare nel primo di questi casi con una crisi nitritoide leggera e nel secondo con un fenomeno analogo alla sincope bianca e, per quanto gli estratti di milza utilizzati fossero dati pure perfettamente disalbuminizzati, non si può eliminare completamente l'idea di uno *choc* proteico *a minima*.

Gli AA. hanno sottoposto alla splenoterapia 43 malati di cui: 30 eczemi, 4 prurigo, 3 dermatiti di Dühring, 1 *lichen planus*, 1 prurito post-scabico in nevropatico, 1 prurito anale, 1 nevrodermite e 2 dermatosi non pruriginose (lebbra e psoriasi).

Sui trenta eczemi trattati si ebbero 12 insuccessi completi, 11 guarigioni complete, 7 miglioramenti: il prurito fu favorevolmente influenzato in 18 casi su trenta. I quattro casi di prurigo hanno dato 1 guarigione, 2 miglioramenti, 1 insuccesso. Il *lichen planus* è migliorato molto dal punto di vista del prurito ma non così le lesioni cutanee. Il prurito post-

scabico, il prurito anale, la neurodermite, la lebbra e la psoriasi sono rimaste insensibili alla cura.

Il metodo provoca molto spesso una leucocitosi ed una netta poliglobulia. Molto più raramente una ipoglobulia. Le modificazioni della formula sanguigna sono molto lievi, e specialmente le variazioni del tasso degli eosinofili sono il più spesso minime.

Concludendo si può dire che gli estratti splenici, pur non avendo una superiorità evidente sugli altri metodi usati nelle medesime condizioni (autoemoterapia, iposolfito di sodio), meritano una certa attenzione da parte dei dermatologi, essendo capaci di rendere dei buoni servizi nella cura di alcune dermatosi pruriginose, eczemi e prurigo in particolare.

G. LA CAVA.

La sifilide implacabile.

(A. GALLIOT. *Paris Médical*, 4 marzo 1933).

L'A. ha dato, nel 1923, il nome di sifilide implacabile a certe forme gravi di sifilide che evolvono fatalmente verso manifestazioni inguaribili più o meno rapidamente, quale che sia il trattamento adoperato.

Le diverse osservazioni già pubblicate, alle quali l'A. ne aggiunge un'altra, gli hanno permesso di delimitare questa forma grave di sifilide nel modo seguente.

Si tratta di casi di sifilide insorgenti in individui non tarati, che non presentano i fattori di gravità di Fournier (impoverimento della costituzione e difetto di igiene), che danno manifestazioni primarie e secondarie normali, che scompaiono in un periodo di tempo regolare e non danno recidive (ciò che differenzia nettamente questa forma dalla sifilide maligna precoce); persiste però costantemente la positività della siero-reazione di Bordet-Wasserman e delle reazioni analoghe, quale che sia il trattamento impiegato, arsenicale, bismutico, mercuriale, iodio; dopo un periodo di latenza di parecchi anni, compaiono fenomeni nervosi o viscerali che evolvono fatalmente malgrado ogni terapia.

Questa forma di sifilide è stata un po' dimenticata. Si tratta di casi relativamente rari, ma di cui non mancano esempi nella letteratura.

Quanto all'etiologia, si possono prendere in considerazione tre ipotesi: 1) una virulenza speciale del treponema; 2) una particolare qualità del terreno; 3) la impossibilità dei malati ad assimilare e trasformare i medicamenti che loro vengono somministrati.

Contro la prima ipotesi parla il fatto che in una delle osservazioni dell'A., il malato era sposato e la sua donna, infettatasi, presentò una forma di sifilide a decorso normale. La terza ipotesi è seducente, ma nessun dato sperimentale la conferma. Resta pertanto più verosimile la seconda, per quanto dall'esame dei malati non si ricavi alcun dato degno di esser preso in considerazione.

C. TOSCANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

O. BELLUCCI. *Cure ed indennizzi nei loro rapporti col rischio infortuni e col rischio malattie.* Parte II^a: *Cure ed indennizzi nelle assicurazioni contro le malattie generali, contro le malattie professionali e contro la tubercolosi.* Un vol. in-8° di pag. 165. Tip. Coppitelli, Roma, 1933. Prezzo L. 12.

Avevo ben ragione, nel recensire la prima parte di questo bel lavoro riservata alla trattazione nei riguardi del danno da infortunio sul lavoro, di auspicare questa seconda, dedicata alle malattie in generale e specialmente a quelle professionali o tubercolari, campo ben più difficile e nuovo rispetto a quello degl'infortuni per il quale s'è costituita un'esperienza più che trentennale.

Questa seconda parte ben corrisponde all'aspettativa, sopratutto per il fatto che il Bellucci, valoroso esercente di Medicina assicurativa, considera il suo argomento specialmente dal punto di vista della Medicina sociale, campo assai più bello e dagli orizzonti molto più vasti.

Egli è portato così a considerar le cure e gl'indennizzi nelle assicurazioni non in quanto abbiano a ridondare a vantaggio del bilancio degli istituti assicuratori, ma in quanto possono e debbono riuscire ad elevare le condizioni fisiche ed il tono morale dei lavoratori com'è nello spirito e nelle finalità della Medicina sociale. Considerato il problema sotto questo speciale punto di vista, il successo ottenibile dalle singole unità assicurate si riverbera inevitabilmente sulla collettività.

Cure ed indennizzi (anche gl'indennizzi) perdono o dovrebbero perdere il carattere egoistico, che hanno nelle assicurazioni a contenuto prevalentemente finanziario, per elevarsi a fattori di educazione e di progresso spirituale, oltre che di vantaggio materiale, che in fondo costituisce il presupposto indispensabile per il raggiungimento delle finalità più elevate.

Queste son le ragioni, per le quali il Bellucci studia non tutti i problemi medici connessi con l'assicurazione contro le malattie, ma solo quella parte di essi che direttamente od indirettamente contribuisce al perfezionamento della personalità fisio-psichica dell'assicurato.

LUIGI FERRANNINI.

GUY LAROCHE. *Opothérapie endocrinienne.* Ed. Masson et C., Paris, 1933. Frs. 48.

Il bel libro del Laroche porta un contributo notevole all'intricata questione della opoterapia nel campo delle malattie endocrine.

Esso è costruito con molta chiarezza e secondo le più moderne conoscenze dei varii problemi: ogni capitolo riguardante le singole glandole è preceduto da opportuni ricordi di fisiopatologia e di clinica.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I progressi fatti recentemente nell'isolamento e nell'applicazione pratica di numerose sostanze attive (della placenta, dell'ipofisi, delle paratiroidi) ha aperto nuovi campi alla opoterapia endocrina; ed è veramente suggestivo il fatto che l'Autore — nel preparare la seconda edizione del suo libro — ha dovuto quasi scrivere « un libro nuovo ».

Non meno interessante appare l'elenco delle varie applicazioni tentate con successo per ogni singolo estratto glandolare: si può dire che tutte la malattie siano passate in rivista; anche quelle di natura più decisamente chirurgica, come la retrazione dell'aponeurosi palmare del Dupuytren, sembrano giovarsi di cure endocrine (paratiroidee in questo caso).

Scarso sviluppo ci sembra che sia stato dato invece alla trattazione dell'importanza fisiologica e, più, delle applicazioni terapeutiche della corteccia surrenale, mentre è largamente discussa la terapia adrenalinica.

Sono utili gli elenchi delle prove biologiche (purtroppo così incerte nella loro interpretazione!) riferibili alle singole glandole: e la tecnica di preparazione, le proprietà attive, e la posologia dei singoli estratti sono minuziosamente indicati.

Per questi vantaggi e questi pregi il libro del Laroche porta un notevole contributo all'odierno movimento endocrinologico. V. SERRA.

WALTER STEMMER. *Klinik der weiblichen Geschlehtschormone*. Ed. F. Enke, Stuttgart, 1933. Prezzo Rm. 5.

Lo Stemmer, un autorevole cultore della ginecologia, riassume nella sua chiara monografia lo stato attuale delle nostre conoscenze sul problema degli ormoni genitali femminili; e compie veramente opera meritoria, data l'importanza pratica dell'argomento e la sua estrema complessità.

Dopo un'esposizione completa ma semplice della funzione degli ormoni ovarici ed ipofisarii, e dei loro reciproci rapporti, l'Autore segue passo passo l'evoluzione del ciclo sessuale femminile dalla pubertà alla menopausa, soffermandosi particolarmente sui capitoli della gravidanza; descrive le basi ormoniche dei principali disturbi e delle principali deviazioni dell'attività genitale e illustra, sempre da un punto di vista endocrino, le caratteristiche modificazioni dello scheletro, della cute, e delle varie forme del ricambio che accompagnano o seguono la gravidanza. Il libro si chiude con un piano schematico delle varie interrelazioni glandolari.

Nel complesso, la monografia dello Stemmer merita di essere conosciuta da chiunque si interessi non solo di endocrinologia ma anche e soltanto di ginecologia, tanto i due problemi sono ormai intimamente legati: così appunto come la lettura delle pagine di questo piacevole libro chiaramente dimostra. V. SERRA.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XXII Riunione della Società Italiana per il progresso delle Scienze.

(Bari, 12-18 ottobre 1933).

A queste riunioni annuali accorrono in numero sempre crescente gli scienziati, che portano contributi di notevole importanza. Nell'attuale, di cui abbiamo già dato notizia, si sono avuti 38 discorsi, di cui 19 a classi riunite, ivi compreso quello inaugurale di S. E. DE BLASI sulla disciplina della vita microbica in servizio dell'igiene e dell'agricoltura. Le comunicazioni sono state 396, di cui 195 riguardanti le scienze fisiche, matematiche e naturali, 95 le scienze biologiche e 106 le morali.

Non è possibile dare un resoconto ampio dei lavori riguardanti la biologia, che possono interessare i nostri lettori. Del discorso del prof. P. GAIFAMI sulla « *Ginecologia nella politica demografica* » abbiamo dato un breve sunto. Ricordiamo qui il discorso del prof. N. PENDE sulla « *Biotipologia umana; principii ed applicazioni* », svolto con genialità di concetti e profonda dottrina.

La biotipologia umana, di cui il Pende è il principale ideatore, è quella scienza che studia, con metodo correlazionistico-unitario, tutto il complesso di caratteri somatici e psichici che differenziano una dall'altra individualità umana, o *biotipo umano* (tipo di manifestazioni vitali). Si fissano così delle categorie di biotipi a cui il singolo individuo può essere riportato.

Il concetto della biotipologia è essenzialmente sintetico, non più soltanto morfologico, funzionale o psicologico. Il biotipo umano risulta dalle correlazioni che si stabiliscono per leggi ereditarie o durante l'evoluzione individuale fra le quattro facce o serie vitali che caratterizzano la figura umana: 1) psico-somatica; 2) morfologica; 3) umorale-dinamica; 4) caratterologica od affettiva-volutiva. Si ha per tal modo un metodo completo che permette la definizione precisa ed integrale della individualità e che ha trovato larga eco e diffusione all'estero (Parigi, Buenos Aieres, Rio Janeiro, Bucuresti, New-York, Lisbona) dove si accettano integralmente i principi e metodi concepiti ed attuati dallo stesso Pende.

Le applicazioni della completa ed approfondita analisi scientifica del biotipo sono evidentemente assai numerose:

1) alla medicina clinica, che deve essenzialmente fondarsi sulla conoscenza dell'individualità del malato per bene diagnosticare, pronosticare e curare;

2) all'ortogenesi somatica e psichica, soprattutto a quella sessuale ed umorale, per la correzione delle numerose deviazioni;

3) all'educazione fisica e sportiva razionale, che va orientata secondo i bisogni individuali e deve essere soprattutto armonizzatrice;

4) alla pedagogia razionale, alla cultura del carattere e dell'intelligenza;

5) all'organizzazione razionale, fisiologica e psicofisiologica del lavoro umano ed alla selezione degli individui per i lavori qualificati.

La biotipologia individuale si va ora arricchendo di un'altra branca di enorme interesse nazionale, cioè la *biotipologia raziale*, che studia gli individui nei loro caratteri e valori somatici e psi-

chici, in funzione del tipo di razza a cui appartengono allo scopo di sviluppare ed utilizzare quanto di meglio lo stato unitario possiede delle varie stirpi etniche, nell'interesse dello stato stesso senza commettere l'errore di volere, con metodi antibiologici, ridurre tutte le stirpi ad un unico tipo somatico-psichico irrealizzabile in natura.

Segnaliamo, fra gli altri lavori, quello del prof. S. Visco su: *La cinematografia come mezzo per lo sviluppo e la diffusione della conoscenza scientifica* e quello del prof. G. Sangiorgi su: *Spunti epidemiologici e demografici della regione pugliese.* *fil.*

XX Congresso della Società Italiana di Psichiatria.

(Siena, 1-4 ottobre 1933).

Il Congresso, inauguratosi con discorsi dei proff. Donaggio, Ayala, D'Ormea e di S. E. Solmi, si è presentato di notevole importanza soprattutto per il fatto che stabilisce nuovi orientamenti per la diagnosi e la terapia psichiatrica. Accenniamo brevemente ai temi di relazione ivi svolti.

La diagnosi delle cerebropatie della primissima infanzia.

O. BALDUZZI — L'O. limita il suo dire alle forme che si manifestano nel neonato e nel lattante, nei quali esse si estrinsecano con quadri clinici speciali, rilevabili soltanto con particolari mezzi di ricerca e di studio. Fino ad oggi, esse erano quasi sconosciute nella loro sintomatologia: disturbi e ritardi nel cammino e nella parola, deficienza od anomalie psichiche manifestantisi ad un anno circa di età, che trovano la loro origine in un'encefalite sospetta ed inosservata dei primissimi tempi della vita.

Data la grave difficoltà della diagnosi di natura e di sede del processo, si potrà arrivare soltanto alla diagnosi generica di encefalopatia; di questa, l'O. fissa le direttive, basandosi anche su contributi personali e tenendo conto dei più recenti studi di fisiologia del sistema nervoso, che permettono di seguire l'esame con lo sviluppo graduale del cervello.

Decorso ed esito della psicastenia.

A. PUCA. — L'O. critica la tendenza di voler fare rientrare tutti i fobici ossessivi nel grande capitolo della schizofrenia conglobando tutta la psichiatria col criterio unico della dissociazione mentale.

Esagerato è altresì il concetto di psicastenia quale era stato ideato da Janet, il quale vi riuniva i più vari stati psicologici: la nevrastenia, gli stati abulici, le agitazioni e le angoscie, i tic, le manie ed altre forme, ponendo l'ossessione nella costituzione psicastenica.

L'O. intende lasciare autonoma la nevrosi ossessiva e non confonderla nella psicastenia; questa è una modificazione dello stato mentale, mentre l'ossessione è una manifestazione parossistica episodica non indispensabile.

Ad ogni modo, conserva la dizione di psicastenia più che altro per omaggio verbale e si occupa pertanto della *nevrosi ossessiva* (n. coatta dei tedeschi).

È *ossessione*, l'apparire involontario, nella coscienza, di pensieri o di sentimenti parassiti, che tendono ad imporsi all'io e che sono sentiti come estranei ad esso. L'O. insiste sulla difficoltà od impossibilità di difesa contro di essi, sulla coscienza di tale inanità e sull'ansia che accompagna lo sfogo di liberarsene. Tali pensieri estranei nascono indifferenziati dalla cellula vivente, per differenziarsi in seguito, in ogni processo psichico.

Il movente dell'ossessione viene riferito a traumi emotivi, infantili o recenti, per cui l'energia emozionale, che i psicoanalisti identificano con la *libido*, crea nell'animo dei nuclei di sensibilizzazione, in un determinato momento, relativo ad una esperienza dolorosa, al crollo di una credenza o ad altra rivelazione di verità. Al ripetersi dell'esperienza dolorosa, l'organismo ne avverte una risonanza la quale, se precede nel campo cosciente e si ferma sopra una situazione attuale determina la *fobia;* se si presentano aloni emozionali a contenuto ideativo deformato, si forma la *fobia ossessiva;* se l'idea si presenta e suscita lo stato emozionale, si ha l'*ossessione*.

Probabilmente, a tali parcellari modificazioni corrisponde, nella corrente del pensiero automatico, una lesione micellare od una tossiinfezione attenuata; come, alla liberazione totale del pensiero automatico, corrisponde un'affezione massiva del cervello.

L'O. insiste sul grande valore dell'eredità in rapporto con le nevrosi ossessive, tenendo conto che il carattere schizotimico è proprio delle famiglie di questi malati; lancia l'ipotesi di una risorgenza atavica di complessi nascosti alla coscienza, che affiorerebbero sotto particolari condizioni.

La nevrosi ossessiva può impiantarsi su personalità normali o su personalità psicopatiche (ciclotimici, isterici, schizoidi, ecc.), dando luogo, in tal caso, a sindromi associate.

Il decorso della nevrosi ossessiva può essere accessionale, periodico, remittente, cronico; si possono avere accessi isolati in periodi di grave deperimento organico, nelle convalescenze di operazioni, nella gravidanza, nell'alcoolismo, ecc.; l'ossessione così caratterizzata sarebbe manifestazione costante, che esplode in coincidenza con l'abbassamento del biotono organico.

La prognosi dipende, oltre che dai fattori ereditari, dalla capacità sociale dell'individuo, dal fattore ambientale, dalla durata del contenuto, ossessivo, dalla personalità latente dell'individuo. L'O. è pessimista, in proposito e ritiene esito più frequente la persistenza dell'ossessione ed eccezionale la guarigione; si possono avere attenuazioni, esagerazioni od una sistemazione difensivo-reattiva.

Le nuove realizzazioni dell'assistenza psichiatrica all'estero.

B. MANZONI. — I più recenti sviluppi della psichiatria ne hanno spostato i limiti, allargandone la base di azione pratica, con l'istituzione dei dispensari, dei patronati per l'assistenza ai dimessi, l'allargamento delle ammissioni (anche volontarie) e la precocità delle dimissioni (per impedire la dannosa influenza dell'ambiente manicomiale).

Fra le più notevoli realizzazioni all'estero, l'O. ricorda: quella di Wittenau (Berlino) col sistema di assistenza graduata o scaglionata, con un nucleo centrale e vari reparti autonomi (epilettici, alcoolisti, oligofrenici, tossicomani, nevrotici); i padiglioni per alcoolisti od intemperanti (Reichenau, Mendrisio); il sanatorio per malati nervosi di Francoforte, con padiglioni per alienati tranquilli; l'ospedale aperto di Tolosa, con ammissioni volontarie, ecc.

La realizzazione più importante di questi ultimi anni sarebbe il metodo di Simon, largamente diffuso in Germania, Svizzera, Olanda. Scopo pratico di esso è l'abolizione dell'isolamento del malato, della clinoterapia, la riduzione del bagno prolungato, tentando invece di socializzare il malato stesso, eliminando dall'ambiente tutte le influenze dannose o sfavorevoli capaci di danneggiare l'infermo e di rendere impossibile ogni tentativo di psicoterapia.

L'Ospedale psichiatrico tende oggi ad assumere il carattere di una stazione di passaggio; si tende a facilitare le dimissioni ed a dare notevole sviluppo all'assistenza post-manicomiale. *fil.*

Reale Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta ordinaria del 10 novembre 1933.

D'ORMEA e BROGGI. — *Su di una particolare reazione dell'urina e del l. c.-r.*

Zolfo-piretoterapia nelle malattie mentali.

GIANNELLI e BROGGI. — Gli OO. hanno condotto ricerche fin dal 1929, sulla piressia mediante iniezioni di preparati di S. in 12 p. p., in 160 dementi precoci di cui 25 allo stato iniziale ed in 20 soggetti affetti da altre forme. Al di fuori dei buoni risultati ottenuti nella p. p. gli OO., contrariamente ai dati ottimistici di molti AA., conchiudono che nelle altre malattie mentali non si sono avuti che scarsissimi miglioramenti e nessuna guarigione, pur essendosi notato in molti casi, anche cronici, l'attenuazione dello stato di agitazione e dell'irregolarità di contegno. Gli OO. fanno anche considerazioni sul meccanismo di produzione della febbre da S. e sulle modificazioni ematiche e biochimiche da essa indotte.

ulla favorevole influenza che alcune malattie infettive possono esplicare sul ricambio dello zucchero nei diabetici.

D'ANTONA L. — L'O. ricorda l'influenza deleteria che malattie infettive intercorrenti esplicano sul ricambio idrocarbonato nei diabetici. Esistono tuttavia dei casi nei quali si verifica il fatto opposto. Ne riferisce una osservazione personale molto dimostrativa, nella quale una polmonite aveva provocato un notevole e duraturo miglioramento della tolleranza degli idrati di carbonio. Riferisce le varie ipotesi emesse per spiegare l'interessante fenomeno, dimostrando come nessuna di esse possa adattarsi al caso particolare. Egli ritiene verosimile che l'azione benefica esplicata in singoli casi dalle malattie infettive possa riavvicinarsi ai risultati brillanti comunicati da Singer con la proteino-terapia.

La possibilità che malattie infettive siano in grado di influenzare non solo sfavorevolmente ma anche in senso favorevole il ricambio degli idrati di carbonio nei diabetici, deve esser tenuta presente negli individui che fanno cura insulinica, potendosi andare incontro allo shock ipoglicemico come è avvenuto nella osservazione riferita.

Dott. BETTINARDI G. — *Ricerche sulla sierolipasi e sul tasso delle agglutinine durante il corso della vaccinazione antitifica e in seguito all'introduzione parenterale di grassi omologhi ed eterologhi.*

Su di un caso di pubertà precoce.

Dott. MAGI C. — Viene descritto un caso di mestruazione precoce in una bambina di 4 anni, che presentò le prime perdite di sangue dai genitali all'età di 11 mesi. Dall'esame clinico e dalle ricerche compiute sembra che l'eziopatogenesi della mestruazione precoce osservata sia da riferirsi ad una iperfunzione costituzionale delle ghiandole sessuali, che ha provocato la rottura dell'equilibrio nel gruppo ormonico regolatore dello sviluppo.

Prof. G. DADDI. — *Ricerche del potere antigene dei lipoidi pigmentiferi del b. prodigioso.*

Prove di virulenza con dosi minimali eseguite su 40 ceppi di b. tubercolare umano.

G. DADDI e A. DI NATALE. — Le esperienze degli OO. hanno dato risultati non utili ai fini di una valutazione comparativa della virulenza degli stipiti esaminati, perchè il controllo colturale ha dimostrato notevoli differenze fra il numero dei bacilli presenti nelle singole dosi usate.

Iniettando a 10 cavie mmgr. 0,1 di uno stesso ceppo gli OO. hanno potuto riscontrare differenze nel decorso dell'infezione, differenze che vengono riferite alla diversa resistenza degli animali.

Prime ricerche sulle proprietà immunologiche di alcune frazioni chimiche del b. Koch.

A. OMODEI ZORINI e G. DADDI. — Gli OO. comunicano di essere riusciti ad ottenere, mediante l'iniezione endovenosa di lipoidi acetone solub. associati a siero di maiale, la comparsa nei conigli trattati di anticorpi reagenti in modo netto e specifico solo con l'antigene corrispondente ed anche, sia pure in misura inferiore, con altri antigeni tubercolari. Sono in corso ulteriori ricerche.

ario: Prof. G. MAZZETTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Meningite sierosa di natura allergica.

J. H. Sheldon (*The Lancet*, 15 aprile 1933) ha veduto una donna di 23 anni che cominciò ad accusare cefalea 8 giorni dopo l'inizio di una tonsillite e che ebbe, due giorni più tardi, un'eruzione scarlattiniforme accompagnata da dolori poliarticolari. L'eruzione scomparve dopo 24 ore. L'ammalata ebbe disturbi oculari con edema della papilla. Furono negative le seguenti ricerche: R. Wassermann, prova della fissazione del complemento per la gonorrea, radiografia del cranio. C'era leucocitosi (20.000) senza modificazione della formula leucocitaria. Nel liquor nessuna alterazione all'infuori di un aumento della pressione. La cefalea migliorava colle punture lombari. Comparve versamento alle due articolazioni delle ginocchia. Avendo un ascesso pelvico, questo fu aperto.

Secondo l'A. questo caso va interpretato come meningite sierosa di natura allergica. Egli ricorda vari casi di altri AA. e in particolare fa notare che nella descrizione della meningite sierosa fatta dal Quincke egli parla di idrocefalo angioneurotico con versamenti articolari.

R. Lusena.

Psicosi influenzali.

Nell'epidemia del 1932-1933, a differenza di quelle del 1890-91 e 1918-19, si sono avute relativamente scarse sindromi psichiche. Lewenstein e Schmitz (*Deut. med. Wochens.*, 28 aprile 1933) ne hanno osservato 13 casi, che presentavano i caratteri abituali deliranti e depressivi, ma offrivano notevole predominanza psicomotrice. Già all'ottavo giorno della malattia, dopo la caduta della febbre, gli individui si presentavano con una sindrome ipercinetica od acinetica.

L'ipercinesi della sindrome influenzale è essenzialmente ritmica, con agitazione espressiva molto caratteristica: gesti di minaccia, di asciugamento, di stiratura, ecc.

Gli acinetici avevano un'assenza totale di mimica: occhi largamente aperti, facies inespressiva; rimanevano immobili nel letto e si opponevano ai movimenti passivi che si volevano far eseguire. Erano abitualmente silenziosi, con qualche rara parola incoerente che dimostrava il loro disorientamento.

Questa sindrome di psicosi motoria sembra particolare all'influenza, senza che la parte del virus influenzale possa essere affermata. Spesso l'influenza era accompagnata da disturbi di insufficienza circolatoria con cianosi e, spesso, anche da complicazioni pneumoniche.

Il liquor, in tali sindromi, era generalmente normale.

L'evoluzione ulteriore di tali psicosi non può essere precisata, poichè sono di osservazione recente. Due malati sono morti e lo studio anatomo-patologico del loro sistema nervoso sarà fatto in seguito.

fil.

Sui disturbi da puntura lombare. Rapporti col sistema nervoso vegetativo.

Come è noto, dopo la p. l. si possono osservare fenomeni di choc, immediatamente dopo, o crisi più o meno durature di cefalea, a distanza.

L'esperienza ha dimostrato che i soggetti più inclini a questi disturbi sono gli epilettici, i maniaci, i coreici, i nevropatici in genere e i sifilitici nel secondo stadio.

A. Pacifico (*Rivista di Patol. nervosa e mentale*, fasc. I, 1933) ha voluto saggiare lo stato del sistema neuro vegetativo in un largo numero di malati, prima e dopo la puntura lombare, allo scopo di stabilire quali rapporti esistessero tra questo e l'insorgenza dei disturbi.

Dalle sue ricerche risulta che i disturbi sono nettamente più frequenti nei soggetti che presentano stigmate di ipertonia neurovegetativa, specialmente simpatica; anche i normali possono essere colpiti; invece gli « ipotonici » ne sono regolarmente esenti.

In linea generale la frequenza dei disturbi è tanto più alta quanto più instabile è l'equilibrio neuro-vegetativo.

L'esame del S.N.V. prima della puntura non permette, disgraziatamente, di trarre delle deduzioni sulla possibilità o meno che sorgono dei disturbi.

Le turbe neuro-vegetative che seguono alla puntura lombare hanno dapprima un carattere di ipotonia e di depressione, poi di esaltazione e di ipertonia simpatiche.

L'ipotesi che tali oscillazioni della innervazione simpatica dipendano da disturbi vasomotorii encefalici non è ancora certa.

V. Serra.

TERAPIA.

La cura d'ingrassamento per i tubercolosi.

Per quanto l'ingrassamento del tubercoloso non sia più oggi uno scopo importante da raggiungere, è indubitato che un certo aumento di peso è sommamente desiderabile in certe condizioni. Per ottenerlo, è anzitutto necessaria una dieta adatta, facilmente digeribile. In molti casi, come osservano Bodmer e Kallos (rif. in *Fortschritte der Therapie*, sett. 1933) si tratta di ipertireosi, ma non bisogna lasciarsi ingannare dall'apparenza poichè spesso tali malati, con le loro stigmate vegetative e con la loro tendenza ai sudori, con la pelle sottile, gli occhi lucenti, il circolo irritabile, la labilità dell'umore, ecc. danno l'impressione di un aumento di attività della tiroide, ciò che non è sempre il caso.

Ad ogni modo, in tutti questi malati vanno sempre tentate le piccole dosi di insulina, che riescono molto utili specialmente se vi è partecipazione della tiroide. Il sospetto che l'uso dell'insulina possa determinare un peggioramento, come si era veduto sul principio trattando dei diabetici tubercolosi, è ormai sfatato, da quanto si è introdotto l'uso delle piccole dosi. Sono raccomandate 5-10 unità al giorno, somministrando abbondanti quantità di carboidrati. In generale, tale cura va continuata per non più di 4 settimane, non trascurando tutti gli altri mezzi di trattamento, fisici, climatici e medicamentosi.

È evidente che una tale terapia non va usata nei casi di avanzata consunzione, poichè in essi anche le ghiandole endocrine sono lese e si possono avere disturbi di vario genere in rapporto con questi. Nei tisici gravi febbricitanti, fissati con l'ansia della perdita di peso, si può ottenere un certo aumento di peso, somministrando piccole dosi di antipiretici (piramidone 5-10 cg., 4-6 volte al giorno, od aspirina, fenacitina-antipirina, 10-30 cg. 3-4 volte al giorno), con piccole quantità di arsenico (3-5 gocce di liquore di Fowler). Si evita così la perdita eccessiva di liquido col sudore e si migliora un poco lo stato generale e la psiche dei pazienti.

fil.

La cura del pneumotorace nella pleurite secca.

E. Regenbogen (*Deut. Mediz. Wochenschr.*, 2 giugno 1933) rileva che scopo della insufflazione di aria nella pleurite secca è quello di determinare un distacco completo dei foglietti pleurici ammalati: la immediata conseguenza è la scomparsa totale del dolore, perchè viene a cessare lo sfregamento tra le parti malate. Inoltre il distacco dei foglietti rivestiti di fibrina, diminuisce di molto il pericolo della formazione di cotenne pleuriche. Quando l'aria si è riassorbita sono per lo più cessati i fatti infiammatori acuti, di modo che la *restitutio ad integrum* è quasi completa. La quantità di aria da introdursi nella pleura è scarsa, 300-500 cmc. Non è da temersi la formazione di versamento come conseguenza del pneumotorace.

R. Pollitzer.

Disinfezione e immunizzazione bronchiale.

J. A. Kolmer (*Arch. int. Med.*, 51, 5, 1933) ritiene che la fagocitosi rappresenti il principale meccanismo di difesa e di guarigione nelle bronchiti croniche, nelle bronchiettasie e in altri tipi di polmonite suppurativa · sono sopratutto le cellule del sistema macrofago — e in particolar modo i clasmatociti — quelli che esercitano una fagocitosi più intensa.

L'iniezione di vaccini autogeni, di antivirus e di batteriofago, allo scopo di mobilizzare i fagociti, stimolare la fagocitosi ed aumentare localmente il numero degli anticorpi, è stata praticata nei conigli, seguendo la via endobronchiale; le iniezioni sono state fatte da sei a ventiquattro, a giorni alterni; esse sono state ben tollerate ed hanno determinato un aumento dei macrofagi e dei microfagi nella secrezione bronchiale, delle opsonine e delle agglutinine nel sangue, e un'elevazione dei poteri di resistenza antibatterici.

L'A. conclude proponendo che questa terapia sia applicata anche nell'uomo.

V. Serra.

MEDICINA SCIENTIFICA.

La formola leucocitaria normale.

Per consiglio del prof. Ferrata, i dottori F. Jerace e A. Corradetti hanno studiato, indipendentemente, la formola leucocitaria normale, negli adulti e nelle varie età. Le ricerche sono state eseguite nella Stazione sperimentale per la lotta antimalarica, diretta dal prof. Missiroli. I due lavori compariranno in *Haematologica* (*Arch.*, N. 6); ne abbiamo avuto anticipatamente gli estratti e stimiamo utile di riassumerli, in ragione dell'interesse che presentano.

La tecnica è stata, come s'intende, molto rigorosa. Il sangue veniva prelevato il mattino a digiuno e gli elementi venivano conteggiati in numero di 400, secondo un procedimento campionato, che permette di osservare sia le zone marginali, sia quelle centrali dello striscio.

Jerace ha eseguito le ricerche in 60 adulti, appartenenti a diverse condizioni sociali; tra essi erano 20 stranieri; l'esame di questi venne reso possibile dall'affluenza costante di stranieri nella Stazione. Corradetti ha eseguito le ricerche in 112 individui di varie età, divisi in 5 gruppi (anni 0-1, 2-5, 6-12, 13-19, 20 ed oltre).

Il risultato più notevole delle ricerche di Jerace è che la media dei linfotici è stata di 34,53 % e quella dei neutrofilidi 55,88 %: ossia la prima sensibilmente superiore e la seconda sensibilmente inferiore alle medie generalmente accettate.

Il risultato più notevole delle ricerche di Corradetti è che il rapporto tra linfotici e neutrofili subisce delle variazioni graduali con gli anni, nel senso che dalla nascita all'età adulta la proporzione dei linfociti si riduce progressivamente (da 60,33 a 31,32 nei 5 gruppi), mentre quella dei neutrofili aumenta (da 32,22 a 63,57). Questo comportamento viene reso con molta chiarezza da un diagramma.

Così Jerace come Corradetti hanno riconosciuto e messo in luce un elemento speciale, designato da Torrioli col nome provvisorio di «forme degeneranti». Torrioli ha descritte con molta precisione queste forme nella malaria; ma si repertano anche in altre malattie ed in condizioni fisiologiche; Jerace le ha trovate in 42 sui 60 soggetti normali e in proporzioni variabili tra 1 e 10 %; Corradetti le ha trovate sino a 12 anni, in proporzioni inferiori a 1 %.

Si tratta di grandi cellule mononucleate, spesso ridotte al solo nucleo, il quale è molto grande, con contorni irregolari e frastagliati; la cromatina ha una finissima struttura, reticolare compatta, con qualche spazio chiaro; il protoplasma, quando è visibile, è dato da un finissimo alone colorato in azzurro, senza granulazioni ed a contorni irregolari e sfumati.

A. P.

IGIENE.

Le bevande acide ed alcooliche nella profilassi della tifoide.

A. Kling e D. Florentin (*Bull. Acad. de méd.*, 7 nov. 1933) hanno studiato il potere battericida od antisettico delle comuni bevande. Risulta dai loro lavori che:

1) I bacilli del tifo ed il coli, quando si trovano in acque povere di sostanze organiche, adatte all'alimentazione, muoiono abbastanza rapidamente.

2) Nelle acque gassificate sotto pressione (acqua di Seltz ed analoghe) la distruzione di tali bacilli non sembra accelerata, in ragione del valore relativamente elevato del pH in tali bevande.

3) Invece i prodotti come: acque gassose limonate, latte acido, vini, sidro, ecc., in cui il valore del pH è notevolmente abbassato in confronto di quello dell'acqua, rappresentano dei mezzi infertilizzanti od anche battericidi, secondo il valore del pH ed il tempo in cui sono tenuti a contatto coi bacilli.

4) Anche quando tali bevande sono consumate poco tempo dopo la loro fabbricazione, in modo che l'azione battericida non si sia potuta esplicare pienamente, i batteri vi si trovano notevolmente ridotti di numero e di attività.

5) Dal punto di vista pratico, si può affermare che la consumazione di tali prodotti (almeno se preparati da qualche giorno) offre ogni sicurezza al consumatore per quanto riguarda la loro attitudine a trasmettere i bacilli del tifo od il coli.

6) È innegabile che l'aggiunta all'acqua di quantità sufficiente di alcuni dei così detti aperitivi (amari, vermuth, menta verde, surrogati di assenzio) permette, nello spazio di una diecina di minuti di migliorare notevolmente le qualità di un'acqua inquinata.

7) Fra i prodotti suscettibili di rendere potabili le acque inquinate alle quali si mescolano, meritano un posto particolare i vini, specialmente quelli di qualità ordinaria e di acidità alquanto notevole.

fil.

STORIA DELLA MEDICINA.

Per lo studio della storia della medicina.

Un articolo editoriale del *The British Medical Journal* (7 ottobre 1933) fa osservare che in questi ultimi anni i medici cominciano ad interessarsi della storia della medicina. Nell'ultima riunione della sez. storica della « Royal Society of Medicine » Sir St Clair Thomson ha richiamato l'attenzione sulla necessità di studiare la storia della medicina, sopra tutto perchè i principî fondamentali di ogni scienza si comprendono meglio se se ne può seguire l'evoluzione attraverso i tempi; così oltre ad inorgoglirci per i progressi notevoli compiuti, si è condotti ad una moderazione nel valutare il proprio lavoro.

R. Lusena.

VARIA

Le variazioni stagionali del diabete.

Dalle osservazioni di G. Denes (*Studium*, 1° settembre 1933) risulta che nei casi gravi di diabete si ha un certo risveglio della difesa dell'organismo all'inizio della stagione primaverile e, talvolta, anche di quella autunnale.

Molto notevole è l'influenza stagionale nei casi lievi, nei quali è evidente l'effetto benefico delle stagioni intermedie, mentre durante quella molto calda (agosto) aumentano il tasso glicemico e la glicosuria. Interessante è il fenomeno dell'utilizzazione dell'insulina. Con dosi piccole (di 10 U. I. al giorno) si ottiene la scomparsa della glicosuria in primavera ed autunno, mentre dosi molto maggiori non riescono a farla scomparire nelle stagioni estiva ed invernale.

A quanto ritiene l'A., si dovrebbe prendere in considerazione uno « shock » stagionale. Gli stimoli stagionali porterebbero una sensibilizzazione dell'organismo, il quale risponderebbe alle esigenze fisiologiche del ricambio, in un modo molto più adeguato, sfruttando quelle energie di riserva che si trovano ancora negli stati lievi. Negli individui debilitati, anergici, lo stimolo stagionale (al pari di quello aspecifico delle proteine eterogenee) non troverebbe alcuna risposta e viene quindi a mancare il miglioramento desiderato.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

D. Lioy e R. Miliani. *Sugli effetti della stenosi e della secondaria chiusura della vena porta previa omentopessia.* — F. Vallardi, Milano, 1933.

A. Salmon. *Le facteur surrenal dans le mécanisme des syndromes hypophysaires.* Inst. Art. Graphiques, Bucarest, 1933.

G. Santangelo. *Metodi ed indicazioni della sulfoterapia nelle malattie mentali.* — Ist. Ed. Cesalpino, Milano, 1933.

A. Salmon. *Le turbe psichiche d'origine ipofisaria.* — Tip. Studium, Napoli, 1933.

S. Bertelli. *La stomatologia vista da un omeopatico.* — Offic. Graf. Freschnig, Parma, 1933.

F. Lloret Gil. *Sobre la eritromelalgia.* — Barcelona, 1933.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

107° *Dott. F. L.* (P.). — Il Comune non può essere obbligato a dare copia *semplice* o un *estratto* degli atti concernenti il concorso e la nomina. Avendo partecipato il risultato conclusivo, cioè la nomina di uno dei concorrenti, potrebbe comunicare altre notizie (punti assegnati, ordine della graduatoria, ecc.), ma non ne ha obbligo giuridico. La richiesta della carta bollata per il rilascio di copia dell'atto di nomina e dei verbali della Commissione è legittima.

108° *Dottor B. S.* (S. V.). — Il termine per il ricorso al Consiglio di Stato è di giorni 60 e decorre dalla data della notificazione del provvedimento definitivo. Trattandosi di un concorso, atto definitivo è la deliberazione di nomina. Quindi, il termine decorre dalla data della comunicazione di questa. Se però l'interessato abbia avuto conoscenza del provvedimento e ciò risulti da atti positivi e formali, il termine ha effetto dalla data della conoscenza così accertata.

109° *Dottor G. V.* (R.). — Il congedo ordinario spetta al medico condotto, senza oneri od aggravi. La retribuzione al supplente è dovuta dal Comune. Quindi, Lei ha diritto di ripetere la somma pagata. Qualora non sia assicurato il servizio di assistenza sanitaria, per mezzo di un supplente, il congedo non dovrebbe essere autorizzato, essendo Lei unico medico condotto. Alla constatazione delle morti può provvedere il Comune mediante incarico al medico condotto del Comune viciniore; ma deve pensare anche ai vivi.

110° *Dottor A. P.* (M. C.). — Se per capitolato è dovuta soltanto metà dello stipendio, è da ritenere che la stessa riduzione si applichi alla indennità di caroviveri, la quale segue la condizione giuridica dello stipendio.

111° *Dottor B. V.* (S.). — La disposizione dell'art. 56 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, non è applicabile per analogia agli ufficiali sanitari. La condizione giuridica di essi è regolata da un ordinamento giuridico particolare.

112° *Dottor B. E.* (S.). — Se sarà costituito un consorzio, sia pure divenendone capo il Comune x, sorgerà un nuovo ente e sarà soppresso il posto comunale. Questa nuova situazione determinerà la risoluzione del rapporto d'impiego. Per un principio generale di diritto, ammesso dalla giurisprudenza, nel caso di cessazione del rapporto per causa amministrativa o, comunque, incolpevole, è dovuta una indennità che può essere ragguagliata anche ad un anno di stipendio, a seconda dei casi, qualora, s'intende, non sia dato corrispondente preavviso.

Non è escluso, però, che l'atto costitutivo del nuovo ente regoli la condizione dell'impiegato stabile e preveda il trapasso del rapporto di impiego dall'uno all'altro ente.

113° *Dottor G. D. S.* (M.). — Il certificato dei voti delle singole materie, pur essendo richiesto nell'avviso del concorso, non può essere considerato documento essenziale agli effetti *dell'ammissione* del concorrente. Se quel documento fosse presentato tardivamente e fosse valutato dalla Commissione agli effetti del giudizio di merito, cioè dell'accertamento della capacità, il procedimento sarebbe illegittimo e dovrebbero essere annullate la graduatoria e la nomina. Illazione: se dal verbale non risulta che del documento si è tenuto conto e, quindi, non vi si accenna nè nella parte relativa alla elencazione dei titoli, nè in quella che riassume la motivazione e il giudizio, è da ritenere che non vi sia illegalità.

114° *Dottor A. P.* (S. M.). — Due vie sono possibili: o l'azione amministrativa, per la quale spetta al Prefetto di provvedere inviando, se occorre, un Commissario perchè esegua il pagamento; o la via giudiziaria mediante citazione. Le consiglio la prima. Se questo passo non avrà risultato, si rivolga al Ministero dell'Interno, segnalando la stranissima condizione che è fatta al medico condotto in contrasto con rogorose disposizioni di legge che assicurano il pagamento dello stipendio.

115° *Dottor S. L.* (C.). — Il servizio necroscopico spetta al medico condotto. Non è possibile il disseppellimento del cadavere senza che l'accertamento della morte sia fatto dal funzionario preposto a tale servizio. Il medico curante, facendo il certificato di morte, non si sostituisce al medico condotto: questo secondo atto ha diversa finalità.

Se il cooperatore fa soltanto prestazioni materiali, le quali in realtà sono forse soltanto ipotetiche, quando si tratti di operazioni chirurgiche, non è necessaria l'abilitazione; ma se presta opera di infermiere, facilmente identificabile in rapporto agli atti che compie per aiutare il chirurgo, è evidente la necessità della abilitazione all'esercizio dell'arte ausiliaria di infermiere. La inosservanza delle disposizioni che limitano e condizionano l'esercizio delle professioni sanitarie e delle arti ausilirie costituisce reato.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, **sono gratuiti.**

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALBANO LAZIALE (*Roma*). — Scad. 6 febbr.; 1ª cond.; L. 9000; addizionali L. 4 e L. 5 oltre i 1000 ed i 2000 poveri; c.-v.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10; doc. a 3 mesi dal 5 nov. Biennio di assistentato med.-chir. effettivo in grande Ospedale o R. Clinica.

ANCONA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 dic., primario radiologo, L. 7000.

BIENNO (*Brescia*). — Scad. 31 dic.; con Prestino; L. 9000 e 6 quadrienni dec. oltre indennità varie; riduz. 12 %.

BOVES (*Cuneo*). — Scad. 11 dic.; 2ª cond. capoluogo; L. 7700 oltre L. 2500 autom.; riduz. 12 %.

CAMAIORE (*Lucca*). — Scad. 25 gen.; L. 8000 e 5 quinquenni dec., oltre L. 840 indennità coniugale, addizionale L. 4 oltre i 600 pov., L. 1000 trasp.

CANNÓBIO (*Novara*). — Vedi Milano.

CIVITAQUANA (*Pescara*). — Scad. 10 gen.; L. 9000 e 4 quadrienni ventesimo, oltre L. 1800 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

COMO. *Comune.* — Proroga 31 dic., ore 12, due condotte.

CORENO AUSONIO (*Frosinone*). — Scad. 12 dic.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san.

FAENZA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 20 dic.; assistente nella Sez. medica dell'Ospedale Civile; età lim. 35 a.; tassa L. 25; stip. L. 4500 oltre 18 % serv. att.; riduz. 12 %; alloggio ecc.; nom. biennale. Rivolgersi Ufficio di Segreteria della Congr. di Carità.

FROSINONE. *Ospedale Umberto I.* — Scad. 18 dic.; aiuto med.-chir.; L. 5000 e partecipaz.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,50. Chiedere altre condiz. Rivolgersi Congregaz. di Carità.

GENOVA. *Ospedale Galliera.* — Primario dirigente l'ambulatorio medico; L. 3000; servizio trisettimanale; titoli ed eventualm. esami.

IVREA. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 genn.; chirurgo primario; L. 5500.

JESI (*Ancona*). *Ospedale Civile.* — Scad. 20 dic.; primario del Gabinetto radiologico e fisioterapico; L. 7000 e 10 bienni ventes.; partecipaz. 50 %; età lim. 45 a. al 20 nov.; tassa L. 50. Rivolgersi Presidenza della Congregaz. di Carità.

LONIGO (*Vicenza*). *Congregaz. di Carità.* — Scad. 20 dic.; medico direttore della Casa di salute per malattie mentali. Chiedere avviso di concorso alla Segreteria della C. di C.

MANTOVA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami, concorso al posto di Medico Aiuto e di Assistente Sanitaria Visitatrice presso il Dispensario Provinciale con sede in Mantova. Scadenza ore diciotto del 31 gennaio 1934. Nomina per un quinquennio tacitamente rinnovabile per egual periodo. Stipendio per il Medico Aiuto L. 12.000 (iniziali); servizio attivo L. 3000. Tre aumenti quinquennali di L. 1200 cadauno. Decurtazione legale 12 %. Stipendio per l'Assistente Sanitaria Visitatrice L. 7500 (iniziali); servizio attivo L. 1000. Tre aumenti quinquennali di lire 750 cadauno.

Chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Consorzio Antitubercolare in Mantova, presso l'Amministrazione Provinciale (Palazzo del Governo).

MILANO. *Amministrazione Provinciale.* — Posto di Medico-Direttore del Preventorio Infantile « Umberto di Savoia » in Cannobio. Per titoli. Stipendio annuo iniziale L. 22.000, lorde, più indennità di servizio attivo di L. 6000, alloggio e vitto. Età massima anni 40. Scadenza 31 dicembre 1933-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Generale dell'Amministrazione Provinciale, Milano.

MORRA IRPINO (*Avellino*). — Scad. 31 gen.; lire 6500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

NAPOLI. *Albergo dei Poveri.* — Scad. 31 genn.; medico direttore di sala del Sanatorio S. Maria della Vita; titoli ed esami; L. 3000 annue.

NUORO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Proroga 11 dic., medico direttore del Consorzio e del Dispensario prov.; L. 18.000 oltre L. 3000 serv. att. Rivolgersi alla Segreteria.

PAULLO MILANESE (*Milano*). — Scad. 4 gen.; con Tribiano; L. 10.500 e addizionali di L. 3 oltre i 1000 pov., L .400-1500-3500 trasp., L. 850 se uff. san.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10.

PESCOPAGANO (*Potenza*). — Proroga 15 dic.

PIACENZA. *Consorzio Antitubercolare.* — La Presidenza rende noto che il termine per la consegna delle domande di concorso al posto di Assistente Sanitaria Visitatrice pel detto Consorzio che ha sede in Piacenza, via Garibaldi 50, è prorogato a tutto il 31 dicembre 1933.

SADALI (*Nuoro*). — Posto per la condotta medicochirurgica alle condizioni Capitolato tipo Provincia. Stipendio lire novecento, soggette trattenute legge e riduzione 12 %. Tassa L. 50. Documenti inviarli al Podestà di Sadali. Scadenza dieci gennaio 1934-XII.

TERRANOVA DI POLLINO (*Potenza*). — Per titoli. Posto di medico condotto. Stipendio base L. 7000, con sei aumenti quadriennali del dodicesimo. Indennità cavalcatura L. 2500. Tutto da ridursi del 12 % ed altre trattenute per legge. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. La domanda coi prescritti documenti, l'elenco dei quali con relative modalità ecc. possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Terranova di Pollino, debbono pervenire alla Segreteria predetta non oltre il 20 dicembre 1933, A. XII.

TORINO. *R. Opera Pia - Sanatorio S. Luigi.* — Scad. 31 gen ; direttore sanitario; stip. L. 16.720, aumentabili a L. 25.520 in 20 anni e serv. att. L. 4576, aumentabili a L. 7920 in 16 anni, già ridotti del 12 %; età lim. 45 a.; doc. a 3 mesi dal 31 ott.; titoli. Per le altre condizioni chiedere annunzio.

TUNISI. *Ospedale Coloniale Italiano « G. Garibaldi ».* — Scad. 31 dic.; medico direttore; età lim. 45 a.; laurea da 15 a. Rivolgersi al R. Console generale, presidente del Consiglio d'amm.ne.

VIADANA (*Mantova*). — Scad. 30 dic. Ufficiale sanit. per i comuni di Viadana, Dosolo e Pomponesco; L. 15.000 e tre quadrienni dec.; trasp. lire 3000.

VILLAPUTZU (*Cagliari*). — Scad. 25 dic.; L. 9000 oltre L. 1000 ambulat., L. 1000 uff. san., 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici indìce un Concorso per l'assegnazione di due Borse di studio dell'importo di L. 3000 ciascuna, offerte dall'Istituto Nazionale di Chemioterapia di Milano ai medici italiani che si inscrivano alla Scuola di Perfezionamento in Tisiologia presso la R. Università di Roma.

Domande (in carta semplice) e informazioni presso il Sindacato Nazionale Fascista dei medici, corso Vitt. Eman. 21, Roma, entro il 15 dicembre.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

Lo « Aerztlicher Verein » di Monaco, in occasione del proprio centenario, ha conferito la nomina di membro d'onore al prof. Cesare Frugoni, clinico medico di Roma, in considerazione « dei grandi meriti scientifici e dei buoni rapporti con la Germania ».

Il Governo romeno ha incaricato il suo Ministro plenipotenziario a Roma, sig. Lugosianu, di rimettere a Genova personalmente al prof. Nicola Pende le insegne di un'altissima decorazione concessa dal Re Carol, per testimoniare al clinico di Genova il riconoscimento e la grande diffusione in Romania dei suoi studî di grande valore sociale sulla medicina costituzionale.

Il prof. Filippo Modenesi, libero docente di patologia medica a Bologna, è stato insignito, *motu proprio* sovrano, del grado di grand'ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

Al valoroso collega i cordiali compiacimenti de « Il Policlinico ».

Con decreto del 26 ottobre u. s. S. M. il Re, su proposta del Capo del Governo, ha nominato Cavaliere dell'Ordine della Corona d'Italia il dott. Angelo d'Alonzo di Mesagne (Brindisi).

Vivissime felicitazioni.

Il dott. Mario Sabatucci, dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma, ha conseguito la libera docenza in batteriologia. La Commissione era composta dei proff. Petragnani, Rondoni e Zironi.

I nostri rallegramenti al valente studioso.

Il prof. Edoardo Calandra di Palermo è nominato socio onorario della Società francese di chirurgia ortopedica.

Il dott. Antonio Palermo è nominato, in esito a concorso, direttore del Consorzio provinciale antitubercolare di Catania.

Il dott. Felice Jerace, della Stazione Sperimentale per la lotta antimalarica, è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia.

Cordiali rallegramenti.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Trieste :

Lavori della Associazione Medica Triestina. Circolo di cultura del Sindacato Medici.

Non è cosa facile riferire brevemente in merito alla attività veramente notevole svolta specialmente nel campo clinico dall'ottobre 1932 al 10 giugno a. c.

Trentasette sedute con una novantina di comunicazioni rappresenta un bilancio che pone il centro culturale medico di Trieste in primo piano.

È sopratutto merito dell'attuale presidente, il prof. Carlo Ravasini, e del Consiglio direttivo che lo coadiuva nella non facile opera, di aver saputo dare un nuovo impulso alla Associazione e di aver curata la pubblicazione del Bollettino, che, in 4 grossi fascicoli, comparsi nel corso dell'anno, costituisce una raccolta preziosa di contributi, frutto di esperienza e di larga osservazione clinica.

Molto opportunamente si è continuata nel passato anno la consuetudine di invitare a far sentire la loro parola autorevole clinici illustri e scienziati dei principali Atenei italiani. Fra questi e tra i primi il prof. F. Bottazzi che ha riferito sulle vitamine. Il prof. Ivo Nasso ha parlato sugli stati meningei nell'infanzia; il prof. A. Luzzatto ha portato il contributo delle sue esperienze ed osservazioni cliniche sull'apparato reticolo-istiocitario; il prof. C. Bruni ha riferito colla sua rara competenza sulla litotrisia moderna; il prof. G. G. Palmieri ha in breve ma densa esposizione tracciato gli attuali indirizzi e metodi della curieterapia dei tumori maligni.

Tra i primari va ricordata la sintetica esposizione del prof. P. Gall nei riguardi delle più recenti vedute in merito alla tecnica ospedaliera; il dott. A. de Grisogono ha portato un suo contributo clinico in tema di ascesso ovarico da appendicite; il prof. C. Ravasini ha riferito sulla sua ricca esperienza nei riguardi della urografia da eliminazione e sulla cura della ipertrofia prostatica mediante cistoureteroscopia di Kirwin; il dott. Danelon ha portato un contributo interessante nei riguardi dell'estrazione di un corpo estraneo di ferro dai bronchi mediante l'elettromagnete; il dott. A. Cofleri in una esauriente esposizione ha riferito sullo stato delle cognizioni attuali in merito all'ipertensione; il prof. E. Rimini ha parlato sulla diagnosi e indicazione operatoria delle complicazioni otitiche; il dott. E. Ferrari ha richiamato l'attenzione sui rapporti tra il fumo di tabacco e l'insorgenza del carcinoma polmonare; il dott. A. Sturli ha riferito su un interessante caso di Kala-Azar infantile autoctono del contado di Trieste; il prof. Manni su un caso di splenomegalia tromboflebitica e su alcuni esempi di diatesi aderenziale; il prof. G. Sai ha portato il contributo della sua ricca esperienza clinica in merito ai tumori endocranici; il prof. G. Nicolich ha fatto conoscere i risultati lontani ortopedici e funzionali della chirurgia renale e uretrale conservativa ed ha pure riferito sul trattamento dei diverticoli vescicali.

Il dott. F. Donini in una completa e chiara esposizione ha aggiornato la questione della cronassia nel campo della fisiologia e della applicazione clinica; in un'altra sua nota ha riferito sul quadro striale del sangue in 3 casi acuti di ence-

falite letargica. Il prof. A. Mezzari ha tracciato, alla luce delle più moderne acquisizioni cliniche, quale debba esser il compito della chirurgia nel trattamento della tubercolosi osteo-articolare; il dott. Moro ha portato il contributo della sua ricca casistica clinica nei riguardi del pneumotorace elettivo e sulla capacità vitale del pneumotorace; il prof. A. Marziani ha riferito su casi interessanti di epidermolisi bollosa e di carcinoide di Arning; il prof. P. Iacchia ha con chiara esposizione messa a punto la importanza della vitamina e delle sostanze H nella cura delle malattie reumatiche degli organi del movimento; egli ha pure riferito sulla epicrisi di alcuni casi operati di caustica endotoracica, nonchè sulla degenerazione microcistica di un lobo polmonare inferiore accessorio destro.

Il prof. Freund, a più riprese, ha riferito e dimostrato casi clinici quali quelli di follicolite sclerosante della nuca, di tubercolide papulonecrotica delle gambe, di melanodermite tossica localizzata alla fronte. Egli ha inoltre riferito e portato dimostrazioni istologiche molto illustrative in merito al carcinoma basocellulare.

A questa già ricca messe di contributi fa seguito la non meno interessante ed attiva produzione clinica di medici per lo più giovani che nello studio dell'ammalato nel lungo tirocinio del periodo di assistentato, sotto la guida dei rispettivi primari, consci della necessità di una severa preparazione ed esperienza clinica prima di iniziare la pratica professionale, hanno saputo portare a termine lavori di notevole interesse sopratutto casistico.

Ricordo alcuni: il dott. G. Macchioro che ha riferito sul diabete mellito infantile; il dott. Iurcev che ha illustrato il decorso clinico e dimostrato il pezzo anatomopatologico di un caso di stenosi extravalvolare dell'arteria polmonare in un caso di pneumoconiosi e tubercolosi del polmone; il dott. Zuech ha riferito sulla questione del cancro dell'utero in gravidanza, e sulla sierodiagnosi di Besredka per la tubercolosi nella pratica ginecologica.

Una esauriente esposizione sulla questione delle malattie dello stomaco è stata tenuta da P. Marcovich ed ha avuto una larga interessante discussione. Il dott. Winternitz ha riferito sulla teoria dell'ittero epatico e diagnosi di occlusione del coledoco. Sulle anomalie di decorso dell'azigos toracica nel quadro radiografico ha portato il contributo di interessanti e personali osservazioni il dott. G. Battigelli.

Il dott. Catolla-Cavalcanti ha riferito sul morbo di Alberg-Schoenberg. Il dott. M. Novak ha portato un contributo notevole alla conoscenza della dilatazione cistica dell'estremità inferiore dell'uretere complicata da uretere doppio ed idronefrosi. Il dott. E. Tagliaferro ha riferito su esperienze radiologiche in tema di epatosplenomegalia con thorotrast.

Sulla questione venosa periferica ha diffusamente esposto le opinioni attuali il dott. V. Romanin. Il dott. I. Levi ha riferito sulle sue osservazioni e sulla sua esperienza in tema di pellagra.

Notevole e completa è stata la esposizione del dott. R. de Porenta nei riguardi della sua ventiduenne esperienza clinica sull'uso di preparati di lobo posteriore di ipofisi. P. Tagliaferro ha riferito sulle modificazioni anatomiche e funzionali degli ureteri nei processi flogistici pelvici della donna. Il dott. C. A. Lang ha portato il contributo di osservazioni anatomo-istologiche sul morbo di Recklinghausen.

Si aggiungano tutti gli altri contributi minori e si ha un'idea dell'attività dell'opera clinica e scientifica svolta dal centro medico di Trieste e della importanza che essa viene ad assumere nei riguardi della affermazione della cultura ed esperienza medica italiana.

Per il prossimo anno già si annunzia un più intenso lavoro. Affianca l'opera della Associazione Medica Triestina, la sezione di Trieste della Società italiana di Biologia che in due sedute ha raccolto un forte nucleo di giovani ed attivi ricercatori che hanno portato numerosi contributi di esperienze e di osservazioni scientifiche.

Si è pure istituita, e segna già un passo sicuro nel campo della affermazione di specialità, la sezione Triestina della Federazione stomatologica italiana, presieduta dal prof. G. Grandi.

Queste istituzioni alle quali, analogamente a quanto si è verificato in tutti i grandi centri clinici ed ospedalieri non è improbabile facciano seguito altri nuclei di specializzazioni, lungi dal dissolvere energie mirano a potenzializzare di più quelle dei singoli gruppi interessati, che non dovrebbero già agire singolarmente, ma quali facenti parte della Associazione Medica Triestina che ha tante nobili tradizioni e verrebbe ad assumere il compito più elevato di coordinazione.

È probabile che in tal modo si accentui l'interesse nei medici di frequentare più assiduamente le sedute, in ciascuna delle quali ognuno, a seconda della sua specifica competenza, può prendere attivamente parte e portare il contributo di serene, utili, vissute osservazioni cliniche.

Sic est in votis. REVOLTELLA.

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno medico cattolico internazionale.

È annunziata una riunione in Roma, per i giorni 6-10 dicembre, dei medici dell'« Hospitalité », forte organizzazione medica internazionale cattolica, la quale annovera 2000 soci e fa capo al « Bureau de Consultations » di Lourdes: i convenuti assisteranno alla cerimonia della beatificazione di Bernardette Sourbirous.

La Sezione romana si è incaricata di organizzare il convegno, che si prevede imponente.

Convegno italiano delle medichesse.

Si è tenuta a Roma l'assemblea dell'Associazione Nazionale Italiana delle Dottoresse in Medicina e Chirurgia, che ha lo scopo di rinsaldare sempre più i vincoli di solidarietà fra le medichesse italiane.

In seguito ad elezione, il Consiglio Nazionale risultò così costituito: presidente: prof. Myra Carcupino-Ferrari (Salsomaggiore); vice presidente: prof. Giuseppina Pastori (Milano); segretaria per l'Interno: Nora Andreis (Milano); segretaria per l'Estero: Emilia Sorrentino (Roma); tesoriera: Maria Iolanda Tosoni Dallai (Milano); consigliere: Luisa Ancona (Milano), Adele Beni-Vegni (Milano).

Convegno idrologico nazionale.

Nei locali della Confederazione dell'industria, in Roma, si è tenuta la consueta assemblea dei rappresentanti della Federazione fascista delle industrie idrotermali. Il presidente della Federazio-

ne, gr. uff. A. M. Rebucci, ha letto una relazione, alla presenza di un centinaio di interessati; risulta tra l'altro da essa che sui 40 milioni di abitanti che conta l'Italia, solo 220 mila frequentano i nostri stabilimenti di cura; con una media di 12 giorni di cura, dànno un movimento di scambi di là dai 100 milioni. È necessaria un'opera assidua di propaganda e valorizzazione delle stazioni idrotermali. Seguì una discussione. Si procedette poi al rinnovo delle cariche: il gr. uff. Rebucci venne riconfermato alla presidenza.

Convegno regionale di tisiologia.

La Sezione Regionale per la Venezia Tridentina della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi ha indetto il suo II Convegno regionale ad Arco per il 17 dicembre.

Per facilitare il pernottamento dei colleghi e loro famiglie partecipanti al Convegno, il Comitato organizzatore ha preso speciali accordi di favore con gli alberghi della vicina città di Riva. Il trasporto da Riva ad Arco sarà effettuato per cura del Comitato, con automezzi.

Le adesioni e le eventuali comunicazioni vanno inviate al Comitato organizzatore del Convegno: Arco (Trento) - Casella postale 12.

I medici dello sport nell'Italia fascista.

Il Foglio N. 4 della Federazione italiana medici dello sport pubblica un interessante scritto sulle funzioni dei medici dello sport nell'Italia fascista. Duecento medici fanno oggi parte della Federazione e sono stati promossi corsi presso le Università e Congressi su tale materia, creati laboratori scientifici negli stadi e istituita una scheda biometrica che serve di base agli esami di selezione e di controllo. Si tratta dunque di una vera organizzazione scientifica dello sport, di grande importanza sociale ai fini fascisti.

Nello stesso Foglio sono pubblicate le disposizioni relative ai prossimi Littoriali di Milano per le visite di controllo agli atleti dei G.U.F.

I nuovi edifizi universitari di Bologna.

Il 28 ottobre vennero inaugurati a Bologna alcuni edifizi della « Città universitaria ». Il più notevole è quello destinato a sede degli Istituti di zoologia e antropologia. Un altro edificio di nuova costruzione, ultimato ormai nelle sue strutture murarie e nelle decorazioni interne ed esterne e di cui si stanno completando gl'impianti speciali e l'arredamento scientifico, è quello dell'Istituto di medicina legale, in via Irnerio. Si è poi provveduto a completare la sistemazione del Palazzo universitario con la costruzione integrale dell'ala sud che ha dato luogo ad un grandioso atrio di accesso.

Nel Policlinico di S. Orsola è già in esercizio il grandioso Istituto di clinica medica; il 28 ottobre fu inaugurato il fabbricato dell'amministrazione e dei servizi generali di approvvigionamento; in via di completamento è l'edificio destinato a sede della Clinica ostetrica-ginecologica, ormai finito nella sua struttura muraria grezza. L'importo complessivo di tali lavori è di lire 13.500.000.

Opere ospedaliere a Firenze.

Nell'anno XI è continuata a Firenze la sistematica prosecuzione di opere miranti alla conclusione di quel vasto piano cui è affidato il moderno attrezzamento della città.

Fanno parte del gruppo sanitario i lavori eseguiti nell'arcispedale di Santa Maria Nuova: la costruzione del padiglione per la cura delle malattie chirurgiche, del padiglione per i cronici, dell'edificio farmaceutico centrale, della veranda per la cura d'aria dei malati di petto, della portineria all'ingresso principale del viale Morgagni. Le opere del gruppo sanitario sono costate in totale lire 6.697.500.

Attività igienico-sanitaria e assistenziale nella provincia di Cuneo.

Nell'anno XI la provincia di Cuneo ha molto curato la parte sanitaria ed igienica e quella assistenziale, con la definitiva sistemazione del gabinetto chimico provinciale, col razionale completamento del Padiglione Morselli nell'Ospedale psichiatrico di Racconigi, capace di 226 letti, col rinnovamento del servizio illegittimi abbandonati e con la costruzione del dispensario antitubercolare.

Un contributo cospicuo, nel campo igienico, ha pure dato la Provincia con l'offerta di circa dieci ettari di terreno alla Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali, usufruendo dei fondi del Comitato provinciale antitubercolare, sì da rendere possibile la costruzione, ormai ultimata, di uno dei quaranta sanatori che la Cassa stessa aveva deliberato di costruire, assicurando alle necessità provinciali la disponibilità di metà dei posti-letto del nuovo sanatorio.

Accanto a questa importante azione di tutela, tutti i Comuni della provincia hanno dato il loro fattivo appoggio alle iniziative dell'Ente Opere Assistenziali, talchè nell'anno XI ben 38 colonie elioterapiche hanno potuto funzionare con turni regolari. Primeggiano fra esse, per la moderna e razionale costruzione, completata dalla sistemazione di capaci piscine, quelle di Cuneo, Saluzzo, Mondovì ed Alba, ma tutte quante, anche quelle più modeste, sistemate opportunamente a carattere fluviale, hanno pienamente corrisposto alle necessità contingenti e alla disciplinata organizzazione voluta ed attuata dal Partito.

La colonia fluviale di Novara.

Un alto valore morale ha la Colonia fluviale del Littorio, che la podesteria di Novara ha donato all'E.O.A. per il bene dei figli del popolo.

La colonia sorge in riva al torrente Agogna, in zona boschiva, su un'area di 19 mila metri quadrati. Consta di un fabbricato centrale di metri 63 per 20, comprendente due sale per la direzione, due per le visite mediche, una piccola infermeria, cucine con impianti moderni, refettorio amplissimo e luminoso, e due fabbricati laterali ove sono istallati i servizi sanitari, le docce, tre solari in cemento. Due piazzali sono destinati per la ginnastica e i giuochi. Una piscina in cemento, di m. 20 per 10 a tre scomparti e profondità variabile, serve per i bagni. Le istallazioni accessorie comprendono un impianto per l'approvvigionamento idrico con un pozzo trivellato, un apparecchio riscaldatore per l'acqua delle docce e della piscina. Circa seicento bambini hanno beneficiato durante l'estate, ogni giorno, della sana vita di questa colonia. La costruzione eseguita con notevole celerità — 70 giorni — ha richiesto una spesa di 400 mila lire.

Nella stampa sanitaria.

La « Rivista di Malariologia » ha assunto di considerevole sviluppo, attestato dal fatto che ha dovuto pubblicare una serie di fascicoli di grande mole. Questo motivo ha indotto l'amministrazione a raddoppiare, col 1934, il numero dei fascicoli.

Il periodico si dividerà in due parti. La 1ª parte (Archivio) consterà di sei fascicoli, destinati ai lavori originali ed alle relazioni. La 2ª parte (Rassegna) risulterà pure di sei fascicoli, destinati alle recensioni (sintetiche ed analitiche) ed alle informazioni varie (atti ufficiali, notizie). Il prezzo di abbonamento aumenterà di poco: da L. 40 sarà portato a L. 50 per l'Italia e da L. 75 a L. 90 per l'Estero. (Si praticheranno le consuete riduzioni per gli abbonati al « Policlinico »).

* * *

« La Presse Médicale », nella ricorrènza del suo quarantennio, ha pubblicato un magnifico numero giubilare, in cui sono raccolti più di venti articoli interessanti, adorni di splendide illustrazioni. La vita del giornale durante questo periodo, viene tracciata dal prof. Roger, sotto la cui abile penna rivivono molti pionieri scomparsi, ben noti a tutto il mondo medico, da Letulle a Romme. La Casa Masson ha voluto dar corso a una pubblicazione commemorativa degna delle sue tradizioni e del periodico. I nostri rallegramenti ed augurî cordiali.

Per una biblioteca centrale della malaria.

Presso la « Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica » in Roma, è istituita e funziona dal 1925 una biblioteca della malaria.

A cura di questa biblioteca si pubblica annualmente un « Indice bibliografico della malaria ».

Si pregano vivamente gli studiosi ed i tecnici della malaria, perchè vogliano inviare alla Stazione predetta, volumi, relazioni multigrafate ed estratti, allo scopo di costituire una Biblioteca Centrale specializzata, per quanto è possibile completa.

A richiesta, la biblioteca provvede all'invio di dattilografie dei lavori, in corrispettivo delle sole spese di esecuzione.

Le pubblicazioni e qualsiasi altra richiesta dovranno essere indirizzate al direttore della Stazione Sperimentale per la Lotta Antimalarica, corso Vittorio Emanuele 168, Roma.

Riforma del codice di deontologia medica in Austria.

Il ministro della sanità pubblica dell'Austria ha inviato, in esame, alle associazioni mediche corporative (Camere mediche), un progetto di riforma degli statuti sui diritti e doveri dei medici esercenti in Austria.

Secondo questo progetto, solo i cittadini austriaci o naturalizzati, possessori di un diploma austriaco o ratificato da una università austriaca, avranno diritto di esercitare nel territorio della Repubblica; inoltre dovranno aver prestato servizio almeno per dodici mesi in un ospedale, dopo il diploma. I medici stranieri possono, però, sempre esercitare, se chiamati in consulto. Gli studenti stranieri possono adempiere le funzioni d'interni, sotto la garanzia del loro capo. Il diritto d'esercitare può essere ritirato se il medico perde la sua nazionalità, se è colpito da alienazione mentale o se è dedito all'alcoolismo o ad altre tossicomanie. Un medico non può aver più di un gabinetto di consultazione, salvo casi eccezionali. Il segreto professionale dev'essere rispettato, salvo qualora il giudice insista per ottenerne l'infrazione. Viene accordata grande autorità alle Camere mediche, ma il medico non può essere radiato dall'aibo, se non dietro un'inchiesta giudiziaria rigorosa e col consenso del ministro della sanità pubblica e dell'associazione medica locale, di cui i medici esercenti sono tenuti a far parte.

Responsabilità di un ospedale per negligenza di un'infermiera.

La Corte Suprema della Florida (Stati Uniti) ha pronunziato la sentenza definitiva in un processo intentato, contro un ospedale, da una paziente, nonchè dal di lei marito.

Mentre la paziente era sotto narcosi, un'infermiera eseguì una ipodermoclisi in una mammella. Questa andò poi in sfacelo. L'infermiera dichiarò di aver notato della difficoltà nell'eseguire l'ipodermoclisi, quando aveva iniettato poco più di 50 cc. di liquido, il quale non veniva riassorbito normalmente; tuttavia ella continuò l'iniezione, senza interpellare il medico, fino a raggiungere 650 cc.

La difesa dell'ospedale sosteneva un'idiosincrasia imprevedibile della paziente; d'altra parte l'ospedale stesso non ha scopi di guadagno, poichè mette a carico dei pazienti solo la stanza ed il servizio d'infermeria: quindi non dovrebbe avere responsabilità d'ordine economico. La Corte invece ha ammesso la responsabilità dell'ospedale, in quanto l'assistenza era stata inadeguata.

Ancora sull'assistenza agli intellettuali profughi in Inghilterra.

Si è tenuta a Londra, nella Albert Hall, una grande adunanza cui hanno partecipato più di 8000 persone, indetta dai vari enti di soccorso ai profughi dalla Germania: « Academic Assistance Council », « International Students Service », « Refugee Professional Commettee », « German Emergincy Commettee » (della « Society of Friends »). Il principale discorso fu tenuto da Einstein; parlarono anche lord Bukmaster, sir Austin Chamberlain, il vescovo di Exeter ed altre personalità. Una sottoscrizione raccolse più di 6 milioni di lire it.

Venne lumeggiato il principio che non s'intende di dare dei posti se non ce ne sono; ma di assicurare una dignitosa esistenza ai profughi.

Si dette notizia di alcuni collocamenti; per es. i tre Zondek (l'internista Hermann, il farmacologo Samuel G. e il ginecologo Berhnard, autore della nota reazione per la diagnosi ormonica della gravidanza, ideata in collaborazione di Aschheim) sono stati tutt'e tre assunti a Manchester, nel « Victoria Memorial Jewish Hospital ».

I profughi non sono solo ebrei, ma anche perseguitati per ragioni politiche: così il celebre fisico Schrödinger, che l'Università di Oxford si è assicurato.

Si tenta ora di fare in modo che anche i due fisici Fraust e Haber, premi Nobel, inventori dei metodi per l'utilizzazione dell'azoto atmosferico, si stabiliscano in Inghilterra.

Questa intende di continuare le sue tradizioni di liberalità.

Un po' dovunque.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di disegno di legge sulla tutela del lavoro delle donne e dei fanciulli; esso unifica le disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia, semplificandole e armonizzandole con i nuovi istituti giuridici ed economici creati dallo Stato corporativo.

Il ministro dell'Educazione Nazionale on. Ercole ha presentato alla Camera il progetto di legge che reca provvedimenti per le Accademie, gli Istituti e le Associazioni di scienze, lettere ed arti, accompagnato da una relazione illustrativa.

Si è tenuta a Caxton Hall (Inghilterra) la 3ª conferenza biannuale d'igiene mentale, organizzata dal Consiglio nazionale d'igiene mentale; l'inaugurazione ha avuto luogo il 22 novembre.

Il 10 novembre si è tenuta a Winterthur l'adunanza della Lega dei medici svizzeri tedeschi (VEDAG).

Nei giorni 18 e 19 novembre si è adunata a Berna la Società neurologica svizzera, che ha festeggiato il suo 25° anniversario.

L'11 novembre si è adunato presso l'Amministrazione prov. di Foggia il 3° Convegno provinciale dei medici dell'O. N. B. Ha fatto la relazione tecnica annuale il prof. De Capua.

Nei locali della Clinica pediatrica della R. Università di Bologna si è tenuto un convegno regionale emiliano pediatrico al quale hanno partecipato le scuole pediatriche di Bologna, Modena e Parma e molti specialisti della Romagna; esso è stato presieduto dal prof. Pincherle.

Nel palazzo dell'O. N. B. si è svolto il 2° Convegno dei sanitari friulani dell'Opera stessa. Il dirigente provinciale dott. Accordini ha fatto la relazione tecnica.

Il 5° congresso del Sindacato nazionale fascista dei medici è stato differito all'anno prossimo, in epoca da destinarsi.

Si è chiuso a Lilla un corso pratico di medicina per i missionari, frequentato da 34 missionari, la maggior parte francesi; si è chiuso il 15 ottobre.

La Società di Cultura medica novarese si è adunata il 9 novembre, sotto la presidenza del prof. P. Pietro, assistito dal segretario dott. L. Ferrero; furono fatte comunicazioni dai proff. V. Ferrero, P. A. Meineri, G. Loddoni e dal dott. S. Valenti; tutte hanno dato origine a discussione.

A Roma è stato ampliato l'ospedale psichiatrico provinciale di S. Maria della Pietà mediante la sovraelevazione del padiglione XV, ottenendo così una potenzialità di 70 letti in più.

È stato solennemente inaugurato a Milano, il 27 novembre, il nuovo Istituto di patologia medica dell'Università. Ne daremo ulteriori notizie.

È stato inaugurato il 28 ottobre a Tarquinia il nuovo edificio ospedaliero. È composto di cinque principali corpi di fabbrica a due piani ciascuno e di tre secondari.

L'Ospedale « Costanzo Ciano » di Livorno ha ultimato un nuovo padiglione per cronici, capace di 250 letti.

L'ospedale di Ferrara ha inaugurato l'ospizio maternità e l'istituto anatomico.

A Palermo sono stati istituiti tre centri ortogenetici impiantati in tre importanti istituti scolastici ed attrezzati completamente per l'osservazione clinica e la valutazione dei dati antropometrici e biotipologici più importanti.

Presso la « Croce Bianca » di Genova (Pubblica Assistenza), i cui servizi ambulatoriali sono diretti dal prof. Vittore Baldassari, si è aperto il 1° Ambulatorio Preventivo, affidato al prof. Gioacchino Breccia, medico internista. La direzione sta provvedendo alacremente a trasformare gli altri ambulatori.

Il 28 ottobre venne inaugurato a Torino un Centro per la cura della sterilità, annesso alla clinica ostetrico-ginecologica.

È stato inaugurato a Kaifa il nuovo ospedale dell'Associazione Nazionale Italiana, alla presenza del console generale d'Italia per la Palestina.

A Croce di Salvem, nell'alta Val Camonica, sta sorgendo un centro sanatoriale, capace di 94 letti. Sarà inaugurato l'anno prossimo allorchè sarà completato della colonia infantile, capace di altri 40 posti.

Nella Casa del Balilla ad Aquila funziona regolarmente per il pubblico l'inalatorio di acqua deferrizzata di Salsomaggiore e di soluzioni calciche, donato dal comune alla O.N.B. provinciale.

Il 12 ottobre ebbe luogo a Buenos Aires l'inaugurazione di tre padiglioni del nuovo Ospedale spagnolo. Il costo delle nuove installazioni si aggira intorno ai 2 milioni di pesos (8 milioni di lire it.).

Si è inaugurato a Bristol un Servizio di medicina preventiva; è annesso all'Università. Un laboratorio è riservato all'esame del latte. In una sala si terranno delle dimostrazioni cinematografiche.

Il possidente Vincenzo Sarli di anni 83 morto a Napoli ha lasciato alla Croce Rossa Italiana il suo ricco patrimonio, valutato a parecchi milioni.

Il Capo del Governo ha disposto che sia assegnato un sussidio, di L. 40.000, all'Ospedale Civile di Mantova. Tre altri precedenti sussidi, dal marzo 1931 in poi, avevano importato L. 190.000.

Il laboratorio municipale di Barcellona ha preparato, nel primo semestre di quest'anno, 22.000 dosi di vaccino Calmette, contro 3500 nel corrispondente periodo del 1929, il che attesta il credito crescente del metodo.

Nel Canadà è stato estratto il primo radium: trattasi di un quantitativo del valore di circa 300.000 lire.

Per festeggiare il 25° anniversario di primariato del prof. Umberto Calamida, molti amici, allievi

ed ammiratori si sono raccolti nell'aula Paletta dell'Ospedale Maggiore di Milano e gli hanno offerto un volume di 800 pagine, in cui sono raccolti numerosi lavori; gli hanno anche presentato le insegne di commendatore dell'Ordine della Corona d'Italia.

Tra i discorsi inaugurali di anni accademici, segnaliamo quello tenuto a Bari dal prof. Sangiorgi sul tema « Malattie sociali e difesa della razza ».

Nell'ospedale civile di Venezia il prof. Fabio Vitali ha letto la prolusione al corso di clinica medica della fondazione Minich trattando il tema « la detronizzazione del cervello ».

Il prof. Pietro Stazzi, dell'Istituto superiore di medicina veterinaria di Milano, ha tenuto al « Rotary Club » di questa città una conferenza su « La difesa contro le malattie infettive ». L'oratore ha illustrato i lavori del recente Convegno Volta d'immunologia.

Il prof. Emilio Sergent ha lasciato l'Ospedale della Charité per andare ad occupare la nuova clinica medica propedeutica nell'Ospedale Broussais. Ha tenuto la sua ultima lezione nel vecchio ospedale dinanzi ad un pubblico elettissimo.

Il prof. Arturo Castiglioni tiene in America un ciclo di conferenze sulla storia della medicina, riportando notevole successi.

Si è tenuto a Catanzaro un ciclo di conferenze destinate alla difesa della vista nelle scuole ed in altre collettività.

Al Museo d'Igiene di Dresda si è commemorato Bernardino Ramazzini; parlarono il dott. Wegener, il dott. Sedhoff e il Console generale italiano.

Il 27 novembre sono stati scoperti a Milano un busto e una lapide in memoria del compianto sen. Baldo Rossi. Il busto è collocato nell'aula magna dell'Università; la lapide nell'atrio di accesso al padiglione chirurgico Zonda.

L'11 novembre, ad iniziativa della « Umfia », fu celebrato alla Sorbona il giubileo medico postumo di George Clémenceau, alla presenza del presidente della Repubblica, dei presidenti del Senato e della Camera, dei ministri plenipotenziari stranieri e di molte altre autorità e personalità della politica, della medicina, della scienza, dell'esercito ecc.; erano presenti anche i rappresentanti della famiglia Clémenceau.

Il 5 ottobre l'Accademia Spagnola della Lingua ha commemorato solennemente il dott. Carlos Maria Cortezo, il quale fu un valente letterato oltre che un insigne sanitario. La cerimonia venne onorata dalla presenza del Presidente della Repubblica Spagnola, fatto tanto più significativo, in quanto il Cortezo si era mantenuto fedele ai suoi principî monarchici.

È ospite presso la Clinica medica della R. Università di Bari il dott. Dobozy, assistente presso la Clinica medica della Università di Budapest, diretta dal prof. Korányi. È già il secondo anno che, mercè l'interessamento del prof. Ferrannini, è stato possibile di realizzare, a Bari, ciò che le direttive del Partito hanno preconizzato in ordine allo scambio degli assistenti nostri con quelli stranieri, per la espansione sempre maggiore della nostra cultura all'estero. Lo scambio avverrà con un assistente della Clinica Medica di Bari o anche con un interno che nel corso dell'anno abbia dimostrato particolare diligenza.

L'« Associazione di scrittori medici » della Spagna ha bandito due concorsi, dell'importo di 300 pesete ciascuno, per lavori o articoli sociali e professionali, escludendone quelli dottrinali o scientifici, pubblicati dal 30 nov. 1932 al 31 ott. 1933. Tutti i medici possono far parte dell'Associazione. (Rivolgersi al Dr. Barrio de Medina, Barquillo 10, Madrid).

L'Accademia Nazionale di Medicina di Madrid ha assegnato 10 sussidi da 250 pesete, della Fondazione Pérez de la Fanosa, a medici ed a vedove di medici e loro famiglie, e 25 sussidi da 500 pesete, della Fondazione San Nicolás, a vedove di medici.

Si è costituita in Inghilterra la compagnia teatrale « British Hospital Sir Pageants »; in esito alle rappresentazioni date in 180 città e villaggi, ha realizzato dei benefizi da cui, secondo i suoi statuti, ha prelevato Ls. 6854 s. 6 (circa 350.000 lire it.) per opere mediche nei centri visitati. Pel 1934 è in programma la visita a 200 località.

Ricordiamo che dal 15 al 31 dicembre si svolgerà un viaggio di medici spagnoli in Italia. Per il programma completo rivolgersi al rag. Santo Vanasìa, via Ombroni 5, Milano.

Nella Czecoslovacchia sono state fissate delle tariffe per le Case di salute; i prezzi variano tra circa 10 e 15 lire it. al giorno.

L'Università di Sidney ha deciso di sostituire, nei diplomi, la fotografia con l'impronta del pollice, dacchè la fotografia dopo un certo numero d'anni non è più un documento esatto.

Il « Progrès Médical » ha dato notizia di un individuo presentatosi agli esami di levatrice, presso la Facoltà Medica di Parigi. Siccome il regolamento non prescrive tassativamente il sesso femminile per le levatrici, ed in seguito a parere delle Autorità accademiche, si dovette permettere l'iscrizione all'esame.

Dal momento che le donne invadono i campi una volta riservati agli uomini, si sono volute cominciare le ritorsioni...

Il Tribunale di Detroit (Stati Uniti) ha condannato un chirurgo a corrispondere 75.000 dollari al noto rugbysta Ken Stranz. Questi, ferito al polso durante il gioco, si era fatto operare: ne era derivato un difetto inguaribile. Egli aveva chiesto 250.000 dollari. Il sanitario è ricorso in appello.

Il Consiglio di Stato della Repubblica Francese ha reintegrato nell'impiego il dott. Huchard, medico municipale di Dacar (Africa occidentale francese), il quale era stato licenziato perchè ad un comizio aveva parlato contro il deputato del luogo, on. Diagne. Il Consiglio di Stato ha riconosciuto l'eccesso di potere.

Il sen. prof. PIETRO ALBERTONI lascierà una traccia duratura nelle scienze mediche. Era nato a Gazzoldo, nel Mantovano, il 22 settembre 1849, da un medico condotto. Giovanissimo, si arruolò con Garibaldi e combattè a Bezzecca nel 1866. Conseguì la laurea a Padova nel 1873; per poco medico condotto, nel 1876 lo troviamo già libero docente a Siena; è poi a Genova, insegnante di materia medica, di cui detta magnifiche lezioni. Nel 1888 la Facoltà medica di Bologna lo chiama, ad unanimità, alla cattedra di fisiologia, che egli doveva poi illustrare per 36 anni, fino a quando venne raggiunto dai limiti d'età.

L'Albertoni ha percorso tutti i dominî della fisiologia e sarebbe troppo arduo, in queste brevi note, di rendere la sua produzione imponente. Egli predilesse i temi sociali: a lui si deve per molta parte il movimento determinatosi in Italia, per il miglioramento dell'alimentazione delle classi inferiori; promosse in Italia la lotta contro l'alcoolismo, intesa nel senso di temperanza e non di astinenza assoluta (con il Rossi rivendicò poi le benemerenze del vino, usato con morigeratezza); si occupò della dieta negli ospedali ecc.

La sua « Fisiologia umana », redatta con A. Stefani, fu, per l'epoca, un ottimo libro di testo e viene ancora consultato utilmente.

L'Albertoni ha educato un grandissimo numero di allievi di valore, farmacologi e fisiologi: basti ricordare Barbera, Bufalini, Coronedi, Marcacci, Marfori, Novi, Pinzani, Pisenti, Sabbatani ecc. Fu più volte deputato e dal 1912 era senatore. Instancabile, continuò a produrre sin quasi alla vigilia della morte, avvenuta ad 84 anni.

A. P.

Con EMILIO ROUX, direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, e con ALBERTO CALMETTE, vice-direttore dello stesso Istituto, non soltanto la Francia, ma tutta l'umanità hanno subìto una dura perdita.

Emilio Roux, il discepolo più intimo ed il continuatore più fedelè di Pasteur, era stato da questi assunto, su consiglio di Duclaux, come preparatore nel suo primo modesto laboratorio di rue d'Ulm. Il Roux si dimostrò sperimentatore esperto e uomo di studi e quando sorse l'Istituto intitolato al Pasteur, questi gli affidò la cattedra di microbiologia. Alla morte del Maestro, egli prese il posto di vice-direttore lasciato dal Duclaux, ed alla morte del Duclaux assunse la direzione del grandioso Istituto.

Il nome di Roux resta indissolubilmente legato alla sieroterapia. Egli vi giunse attraverso varie fasi. Con Yersin provò, dapprima, la specificità del bacillo di Klebs-Löffler; poi scoprì che il germe elabora una tossina molto attiva; nel 1894, al Congresso medico internazionale di Budapest, annunziava la pratica della sieroterapia antidifterica, elaborata con Martin. Già Behring aveva avuto l'idea di questa terapia; ma fu Roux a riconoscere la produzione della tossina solubile il che costituì un dato fondamentale per la produzione del siero antitossico. Inoltre una soluzione pratica per la sieroproduzione venne ottenuta valendosi dei cavalli. Altre ricerche importantissime del Roux riguardano l'eziologia del tetano e la cura e la profilassi di questa malattia mediante un siero specifico (ricerche eseguite con Vaillard); la peripneumonite dei bovini; il colera; la peste; la sifilide; altri dominî della microbiologia e dell'immunologia.

Di salute cagionevole, il Roux fu tuttavia un lavoratore infaticabile. La sua vita feconda si è chiusa a 80 anni (era nato a Conflens il 17 dicembre 1855; si è spento il 3 novembre nella sua modestissima cameretta dell'Istituto Pasteur).

Alberto Calmette appartenne in primo tempo al corpo sanitario della Marina da guerra; poi passò nel corpo sanitario coloniale. Appassionato studioso, ottenne di essere inviato nell'Istituto Pasteur di Parigi.

Pasteur seppe apprezzarlo e gli affidò subito l'incarico di fondare un Istituto Pasteur a Saïgon, nell'Indocina. Ivi Calmette, ancora giovanissimo, imprese a preparare i sieri antiofidici, che hanno salvato e continuano a salvare migliaia di vite. Compì un altro studio notevole, relativo alla preparazione industriale dell'alcool mediante la fermentazione di sostanze amilacee: tutta un'industria doveva derivare da queste esperienze.

Passò poi a fondare e dirigere l'Istituto Pasteur di Lilla. Ivi rimase 25 anni; la Facoltà medica lo volle alla cattedra d'igiene, quantunque Calmette non provenisse dai ranghi accademici; il Municipio gli affidò la soluzione del problema relativo alla depurazione delle acque di rifiuto e l'opera di Calmette in questo campo è rimasta classica. A Lilla fondò il primo dispensario antitubercolare ed un sanatorio: così fu portato ad occuparsi della tubercolosi. In particolare s'interessò alla patogenesi di questa malattia (infezione per la via intestinale), con esperienze ingegnose e brillanti.

Calmette fondò anche gl'Istituti Pasteur di Algeri e di Atene e fu ad Oporto, con Salimbeni, per organizzare la lotta contro la peste: all'uopo i due studiosi si valsero in larga misura di vaccini e di sieri.

Morto Metchnikoff, che era uno dei due vice-direttori dell'Istituto Pasteur, Calmette venne chiamato a sostituirlo. La sua attività ulteriore venne rivolta prevalentemente alla tubercolosi: sono ben note le vicende del vaccino Calmette-Guérin (B.C.G.), provato prima, con successo, nei bovini e poi nell'uomo: attraverso difficoltà e dibattiti, esso è venuto sempre più affermandosi, superando l'infortunio di Lubecca. È doveroso ricordare che, nella vaccinazione contro la tubercolosi, il Calmette ha avuto un precursore in Maragliano. Ora questa pratica ci offre il mezzo più promettente per vincere la malattia tanto temuta. Calmette, che nell'Istituto Pasteur ha compiuto delle installazioni grandiose per lo studio della tubercolosi, stava proseguendo gli studî: andava perfezionando la profilassi vaccinica, estendendola agli adulti ed ai tubercolotici; andava anche studiando la filtrabilità del virus tubercolare, la trasmissione transplacentare di esso ecc. Si circondava di giovani volenterosi, tra cui gli furono cari alcuni italiani.

Fino all'ultimo rimase al lavoro. Nei giorni 23 e 24 ottobre volle ancora partecipare, febbricitante, al Congresso internazionale d'igiene, adunatosi a Parigi. Qualche giorno dopo, il 29 ottobre, doveva cessare di vivere, in età di 70 anni. (Era nato a Nizza il 12 luglio 1863).

Roux e Calmette hanno illustrato la scienza e servito l'umanità.

L. V.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Chir. degli Org. di Movim., lug. — V. PUTTI. Trazione col filo nell'allungamento operativo del femore. — C. ZAMPA. Stato anafilattico nella genesi di alcune artropatie. — E. FREUND. Interventi nella tbc dell'anca. — A. DI PRAMPERO. Trapianto osseo nella cura delle fratture del rachide. — E. GIANNI. Neurorafie d'urgenza.

Ann. di Ostetr. e Gin., 31 ag. — M. VITALI. Rottura artific. precoce delle membrane in travaglio di parto. — D. MANCINI. Il solfato di magnesio nell'eclampsia puerper.

Arch. p. lo studio d. Fisiopal. e Cl. d. Ricambio, lug.-ag. — E. CASTELLANI. Metabolismo basale nella ipertens. arter. — C. TOSCANO. Chetosi diabetica latente.

Mediz. Klinik, 8 sett. — W. KOLLATH. Come agiscono le vitamine. — R. STEIN. Diagnosi del glaucoma. — J. WILDER. Ischialgia.

Münch. Med. Woch., 8 sett. — F. H. LORENZ. L'immunità antidifterica. — E. WIELANG. Avitaminosi A.

Arch. It. di Chir., 3. — M. DE BERNARDINIS. Ferite dei tendini. — E. PEGREFFI. Rigeneraz. delle fibrocellule muscolari e delle fibre elastiche vasali.

Journ. de Méd. de Lyon, 3 sett. — G. MOURIQUAND. Le sindromi d'inassimilazione nel fanciullo.

Paris Méd., 9 sett. — Numero di stomatologia.

Morgagni, 13 ag. — R. LOMBARDI. Innesti di midollo osseo e di periostio nel testicolo.

Forze San., 30 ag. — A. CONTI. Sierositi ed artriti luetiche.

Journal A. M. A., 26 ag. — A. F. HESS. Abbiamo bisogno di vitamina A? — W. L. BIERRING. Miocardosi. — F. L. RECTOR. Il problema attuale del cancro.

Giorn. di Cl. Med., 30 ag. — M. MASSA. Osteopatia fibrosa tipo Recklinghausen. — R. JONATA. I danni e i pretesi vantaggi della tintura di iodio.

Riv. Ospedal., lug. — E. GIUPPONI. Corpi estranei del duodeno.

Riforma Med., 19 ag. — F. FERRANTI e G. NIZZI-NUTI. Sintomatologia degli aneurismi dell'arteria anonima.

Accad. Med., 15 sett. — N. PENDE. Influenza del simpatico sulla funzione sessuale maschile.

Rev. Med. Latino-Amer., lug. — P. WEISS. Verruga peruviana o morbo di Carrión.

Riforma Med., 2 sett. — G. MONASTERIO. Valutaz. dell'attività insulinica.

Surg., Gyn. a. Obst., sett. — W. J. POTTS. Il compito degli ematomi nella guarig. delle fratture. — T. SCHUBB e S. B. GOODSTONE. Bile « latte di calce ». — C. C. HIGGINS. Anastomosi uretero-intestin. asettica.

Deut. Med. Woch., 15 sett. — GUTMANN. Manifestazioni allergiche da sostanze alimentari e come eliminarle. — BESSAU. I saprofiti del latte e loro compiti.

Amer. Journ. Med. Sc., sett. — I. STARR jr. e al. Acetil-β-metilcolina. — W. W. BUNNELL. Diagnosi di mononucleosi infettiva. — W. P. MURPHY. Vantaggi dell'epatoterapia per via parenterale. — G. WALSH e W. G. MORGAN. Aracnidismo. — J. H. ROC e A. S. SCHWARTZMANN. Tolleranza pel galattosio quale misura della funzione epatica.

Lancet, 16 sett. — F. D. SAUER. Trattam. della suppurazione. — E. HUGHES e C. ALLAN BIRCH. Trattam. parenterale della blenorr. con acriflavina.

Brit. Med. Journ., 16 sett. — R. D. LAURENCE. Il diabete con speciale riguardo alla dieta ad alto contenuto d'idrocarbonati.

Riv. di Patol. nerv. e ment., lug.-ag. — A. PACIFICO. Disturbi da puntura lombare. — G. PINTUS. Frenastenici « biopatici ». — G. DE NIGRIS. Sclerosi laterale amiotrofica di lunghissima durata.

Rev. Méd. de Barcelona, lug. — J. J. BARCIA GOYANES. Edema acuto criptogenetico. — J. SIMARRO. Applicazioni cliniche dell'allergia.

Revue Neurol., lug. — J. DAGNELIE e P. GAMBIER. Sclerosi laterale amiotrofica.

Forze San., 10 sett. — L. BERNARD. Quello che la medicina deve all'Italia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XL Roma, 11 Dicembre 1933 - XII Num. 50

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1934.

Ai Medici Italiani,

Iniziando con il 1934 il suo XLI° anno di vita, " **IL POLICLINICO** ,, *non sente il bisogno di esporre un programma, ma di esprimere un proposito: seguire fedelmente il suo programma.*

" **IL POLICLINICO** ,, *deve la sua prospera vitalità alla sua struttura, quale fu genialmente concepita dai suoi eminenti fondatori, una struttura che consente un incessante rinnovamento, un perfetto adattamento ai tempi, senza abbandonare le caratteristiche iniziali.*

Pur avendo un'età matura, il nostro giornale è sempre giovane, perchè segue passo a passo i progressi della scienza, sente le nuove esigenze dei medici, ne soddisfa i bisogni culturali, li mette in grado di affrontare tutte le difficoltà professionali.

Se le due Sezioni Medica e Chirurgica costituiscono gli archivi che raccolgono i lavori originali forniti dagli istituti scientifici e clinici, la Sezione Pratica ha ben altre finalità: mettere il medico al corrente di quanto viene elaborato in tutto il mondo scientifico, per modo che egli possa giovarsene nella sua attività pratica.

Pertanto la Sezione Pratica può rimanere sgombra di quanto risulta ponderoso o superfluo, ed essere ricca di brevi lavori, lezioni, riviste sintetiche, sunti, rassegne e notizie utili per le necessità più immediate.

A questa sua varietà e snellezza la Sezione Pratica deve il favore che ha sempre incontrato nella classe medica e che la rende uno dei giornali medici più diffusi del mondo.

L'abbondanza del materiale che viene offerto dagli autori consente una scelta severa, per modo che vengono pubblicati solo i contributi che hanno un valore intrinseco, un particolare interesse per il medico pratico.

Le lezioni dettate dai migliori Maestri delle scuole d'Italia, si sono fatte molto numerose negli ultimi anni, le riviste sintetiche sempre più interessanti e frequenti, le recensioni più esaurienti, le notizie più copiose.

La compagine del giornale migliora sempre e riguarda tutti i campi della medicina.

Non v'è argomento che non sia toccato durante l'annata, non v'è quistione di attualità che non sia tempestivamente trattata.

Compilato tenendo presenti esclusivamente le reali necessità dei medici pratici, e con il desiderio di accaparrarsi il loro consenso e la loro simpatia, " **IL POLICLINICO** ,, *si è fatto un grande giornale, un giornale di cui nessun medico sa fare a meno.*

La via finora seguita consente di progredire sempre e la redazione de " **IL POLICLINICO** ,, *si propone di non fermarsi, di andare sempre oltre, battendo il passo con il rinnovellamento che urge in tutte le attività nazionali.*

LA REDAZIONE

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma.
Direttore: prof. C. FRUGONI.

Osservazioni sulla batteriuria streptococcica particolarmente nel gruppo delle malattie riferibili alle infezioni focali.

Nota preventiva.

Dott. FERDINANDO CORELLI, ass. volont.

Tra gli aspetti di maggior interesse propri di quelle malattie, specialmente a tipo reumatico, cui alcuni AA. attribuiscono il meccanismo dell'infezione focale, è degna di nota l'eliminazione di streptococchi attraverso le vie urinarie.

Che in alcune evenienze patologiche e specialmente in certe nefriti si possano avere streptococchi nell'urina è cosa già nota. Osservazioni in proposito ci vengono, fra l'altro, da Volhard, Ferrata e Cattaneo, Grandclaude e Lesbre e dagli AA. della scuola di Rosenow, ecc. Tuttavia, a parte qualche osservazione, alcune ricerche precedenti eseguite con tecniche spesso incomplete non servono a dare una precisa idea della questione e non sono corredate da prove sierologiche che in certe occasioni sarebbero molto preziose per delucidare alcuni interessanti problemi.

Molto si discute sull'importanza o meno che possono avere gli streptococchi nell'eziologia delle malattie che rientrano nel gruppo delle infezioni focali, e le ricerche si indirizzano oltre che a dimostrare questi germi nei foci e saggiarne il potere di localizzazione elettiva e le loro proprietà immunologiche, anche a dimostrarli nel sangue circolante e negli organi stessi ammalati. I risultati, come si sa, sono tutt'altro che concordi.

Mi è parso quindi interessante e di notevole utilità, come si cercano nei foci, nel sangue, e nei vari tessuti ammalati ricercare regolarmente gli streptococchi nelle urine in tutte queste diverse affezioni morbose.

Osservazioni sperimentali. — Come si sa e come ho visto anch'io molte volte nel coniglio, studiando la localizzazione elettiva dei germi nei vari tessuti, quando gli streptococchi sono

iniettati endovena, dal sangue circolante spariscono presto, in parte essendo distrutti, in parte raccogliendosi nei varii organi fra cui in copia anche nei reni attraverso i quali pure si eliminano certe volte anche senza dare lesioni renali ed alterazioni urinarie; e così pure ho più volte riscontrato che facendo nell'animale un focus per es. sottocutaneo o intraarticolare, si possono trovare successivamente nell'urina gli *stessi streptococchi* (controllo sierologico): indicando con ciò che dal focus questi germi passano in circolo raggiungono anche il rene attraverso il quale pure si eliminano anche senza produrre alterazioni urinarie. Le emoculture fatte in questi animali, eccetto qualche caso dopo le prime ore dalla produzione del focus, sono rimaste per lo più sterili (forse per la scarsità di germi filtrati dal focus e circolanti o per la loro brevissima permanenza in circolo dato il potere battericida del sangue); *più facilmente invece nell'urina si potevano dimostrare streptococchi* che sierologicamente erano affini a quelli del focus, mentre gli streptococchi che occasionalmente si possono trovare, in scarso numero, nell'urina di qualche coniglio normale, prima del focus, sono sierologicamente diversi. Reperti urinari positivi si ebbero pure quando il focus era fatto in animali resi precedentemente iperimmuni (ricordo i reperti dell'endocardite lenta).

È parso quindi molto utile condurre una sistematica ricerca sulla eliminazione urinaria degli streptococchi prendendo in esame un esteso gruppo di soggetti sia sani sia affetti da varie condizioni morbose del gruppo focale o meno.

È stato fatto perciò uno studio sopra 114 malati, alcuni dei quali fornirono l'orina anche parecchie volte, fino a 20-25 volte a tutt'oggi, specie i renali e quelli del gruppo reumatico, ad intervalli di distanza diversa, da 2-3-5 giorni ad un mese e per un periodo di osservazione in alcuni casi — tutt'ora in corso — anche di nove mesi.

I miei pazienti si dividono in tre gruppi:

1) pazienti sani e senza lesioni a tipo focale apparenti, come tonsilliti, piorrea, carie dentaria e liberi da qualunque malattia assimilabile al gruppo delle malattie focali;

2) pazienti che pur sentendosi in perfetta salute mostravano ad un esame accurato tonsilliti croniche (avendo già presentato *poussées* acute) o piorrea alveolare o carie dentaria più o meno estesa;

3) pazienti affetti da malattie assimilabili al gruppo delle infezioni focali: nefriti acute o croniche di vario grado, nefrosclerosi, nefrosi (?), reumatismo articolare acuto o cronico, primario e secondario ed altre affezioni reumatiche: neuriti, miositi, endocarditi reumatiche; endocarditi lente, lombartriti e sciatiche sintomatiche, eritema nodoso; malattie nervose: encefalite, mielite, meningoradicolite, corea; malattie addominali: ulcera gastrica e duodenale, appendicite, colecistite, colite, malattie oculari (iridocicliti, neuriti, ottiche (1). Bisogna però avvertire che i pazienti di questo terzo gruppo presentavano, nella grande maggioranza, dei foci facilmente riconoscibili, per la maggior parte tonsillari e qualcuno piorrea alveolare e carie dentaria più o meno estesa e trascurata.

Questa circostanza fa sì che in definitiva i nostri casi presi in esame al II e III gruppo, agli effetti del reperto urinario si potrebbero identificare con altrettanti casi di tonsillite, carie, piorrea, tuttavia appunto *questo lato può darci una idea dei rapporti così abituali tra tali infiammazioni croniche (foci)* e *le malattie in questione.*

Gli AA. citati nella letteratura a proposito di reperti streptococcici nell'orina o non danno alcun peso a tale reperto o si esprimono per lo più come se il reperto di per sè stesso fosse patologico. Le nostre idee non collimano con questi concetti perchè abbiamo visto che *anche l'orina di persone apparentemente normali* spesso se insemenzata in terreni usuali mostra con una certa frequenza di contenere streptococchi, perciò in ricerche di questo genere conviene procedere per via di confronto. Nei nostri casi detto confronto è apparso utile: infatti i nostri 78 pazienti componenti i gruppi II e III hanno mostrato tutti streptococchi nell'orina a più riprese esaminata, meno 7 che hanno mostrato cocchi isolati e diplococchi non a catena, e bacilli. Invece fra i 36 di controllo (I gruppo, nel quale non è escluso che fossero presenti dei foci profondi sfuggiti alla nostra osservazione) l'orina di 13 è risultata sterile e dall'orina degli altri 23 sono nati qualche volta streptococchi o culture miste di cocchi, diplococchi e bacilli.

Questi dati già dimostrano un legame tra presenza di foci infiammatori accompagnati o no con malattie generali del gruppo ed il reperto urinario; tuttavia questo legame appare meglio quando si ricorra all'uso *dei terreni so-*

---

(1) Naturalmente nell'assegnare al gruppo delle malattie riportabili al meccanismo dell'infezione focale le forme ora elencate, intendiamo anche riferirci all'opinione già nettamente espressa dalla scuola di Rosenow in America e da quella di Pässler in Germania.

lidi, ma in anaerobiosi, proposti da Rosenow, come noi abbiamo fatto in secondo tempo.

I terreni solidi infatti ci danno l'idea precisa anche del numero dei germi presenti nell'urina: non è sufficiente accontentarsi delle solite piastre d'agar sangue perchè gli streptococchi che si tratta di coltivare sono con grande frequenza *anaerobi* almeno ai primi isolamenti. Noi facevamo in principio la cultura insemenzando il sedimento urinario proveniente sempre da 50 cc. di urina (quantità fissa per tutti gli esami alla quale si riferisce il numero di colonie streptococciche trovato) a lungo centrifugata, in un tubo di brodocervello bollito e paraffinato e gettando contemporaneamente con un altro simile sedimento una piastra di agar sangue.

Poi abbiamo aggiunto anche un tubo di agar cervello che come è noto ha le identiche proprietà del brodo cervello, ma in grazia delle piccole quantità di agar che contiene lascia sviluppare i germi in colonie separate e in anaerobiosi. Ci accadde spesso di vedere poche o anche nessuna colonia nella piastra di agar sangue mentre ce n'erano numerosissime nel tubo di agar-cervello.

L'orina era sempre prelevata con cateterismo nelle donne e, in principio anche negli uomini; s'è visto poi che per questi può essere sufficiente, dopo una accurata toilette del meato urinario raccogliere il secondo getto. Le semine erano fatte subito dopo prelevata l'urina.

Si è visto in tal modo che se *l'orina di soggetti perfettamente normali, senza foci, almeno agli esami comuni e senza precedenti tonsilliti*, qualche volta contiene streptococchi si tratta per lo più di un numero piccolo di colonie; invece l'orina di quelli *portatori di foci* (*specie tonsillari, tonsilliti acute e croniche*) *sia soli sia con malattie del gruppo sopraddetto*, può contenerne molti di più: anche varie centinaia, e non di rado pure 9-10 mila e più per tubo, (quantità più o meno variabile nei diversi prelevamenti).

Anche l'orina della donna affetta *da nefrosi*, conteneva in alcuni prelevamenti anche 500-1000 colonie streptococciche per tubo, e così ne conteneva in media 1000 colonie l'urina di *un giovane Basedoviano* che aveva contemporaneamente una stomatite e faringite e nel quale, è interessante notarlo, la sintomatologia basedoviana era iniziata dopo una stomatite e gengivite. Così pure molte colonie (800-4000) ne conteneva l'orina di due ammalate affette *da eritema nodoso* (iniziato con fenomeni faringei e poliarticolari) e non solo durante la malattia in atto ma anche a distanza di tre mesi dopo la scomparsa completa di ogni fenomeno morboso.

In tre casi di *reumatismo articolare acuto* si ottenne un numero maggiore di colonie diplostreptococciche, dopo cessata la fase acuta articolare febbrile che all'inizio delle manifestazioni articolari stesse (e ciò può essere un dato importante), mentre nei casi di *artrite cronica anchilosante* il numero di colonie fu, senza variazioni notevoli, sempre elevato.

Ho osservato poi fra gli altri che verranno separatamente riportati nel lavoro *in extenso*, un caso interessante: si trattava di una *tonsillite cronica recidivante* e che all'ultimo attacco aveva dato una leggera reazione renale. Fatta la *tonsillectomia* subito dopo l'intervento si ebbe una *poussée notevole di streptococchi nell'urina* (2000 colonie di streptococchi *emolitici* in piastra di agar sangue), i quali nei giorni seguenti andarono rapidissimamente diminuendo (100 colonie, poi 1 colonia di *viridans*, al 7° giorno) fino a scomparire costantemente dall'urina al 10° giorno dopo l'intervento. Ciò conferma: 1) che le tonsille sono *porta di entrata* dei germi piuttosto che di uscita, se dopo l'asportazione delle tonsille i germi sono scomparsi dall'urina; 2) che dopo la tonsillectomia si ebbe una immissione in circolo, cioè una *batteriemia streptococcica, transitoria*, e questa può anche essere stata la causa del brivido e del notevole accesso febbrile avuto all'occasione della tonsillectomia e rapidamente poi cessato (ciò concorda con quanto è stato visto qualche volta dopo l'estrazione di denti infetti).

Gli streptococchi coltivati dall'interno delle tonsille che erano dure fibrose e con cavità irregolari anfrattuose piene di pus, erano viridans.

Anche interessante da notare il fatto che in questo caso confrontati fra loro i ceppi da urina e da tonsille erano sierologicamente affini.

Per quanto riguarda *il tipo di streptococco* (viridans, anemolitico, emolitico) abbiamo visto che nei vari e successivi prelevamenti urinari, si possono trovare assieme streptococchi dei vari tipi. In un prelevamento si può avere un tipo solo o prevalenza di un tipo, prevalenza che può restare poi costante nei prelevamenti successivi, come pure si può passare alla prevalenza di un altro tipo.

Prove sierologiche. — Ho fatto inoltre delle prove dirette ad identificare gli streptococchi del focus con quelli dell'orina per mezzo *delle reazioni sierologiche*.

A questo modo si può avere la prova di quella identità della quale molti AA. parlano, sembrando però dedurla dai semplici caratteri

morfologici e culturali. Queste prove sono state fatte su 55 malati riuscendo positivi in 12 di essi, vale a dire in 12 di essi il siero immune preparato con uno dei germi, per es. da tonsille, agglutinava allo stesso titolo, qualche volta a titolo inferiore ma sempre netto il germe prelevato dall'urina. Per mezzo di prove crociate sia con diversi germi e sieri di questo gruppo di esperimenti ed anche di altri di cui disponevamo nel laboratorio, ci siamo assicurati della specificità di queste reazioni.

Noi siamo inclinati a ritenere che anche, almeno in un certo numero di casi in cui non ci fu corrispondenza sierologica i germi urinari provenissero dal focus, anche in base ad esperimenti di questa scuola già citati in altra nota, i quali dimostrano come il passaggio di streptococchi in dati organi e tessuti può alterare sierologicamente questi germi; comunque la corrispondenza sierologica e l'identica dei germi del focus e dell'urina resta provata in questi 12 casi che comprendono 2 casi *di nefriti* (su 11 nefropatie esaminate), una *nefrosclerosi* con ipertensione arteriosa in soggetto colpito da emorragia sottoaracnoidea. In un altro soggetto con emorragia sottoaracnoidea, ma luetico e senza ipertensione arteriosa *l'urina era sterile*. Questo caso perciò può bene servire da controllo al precedente; 2 *casi di artriti croniche* su quattro di cui una in poussée subacuta ed una anchilosante di alto grado; 2 *casi di lombartrite con sciatica sintomatica* (su tre esaminate); 2 *endocarditi*: una in soggetto con precedente reumatismo, ed una in donna senza R. ma con precedente tonsillite. (A proposito di endocardite lenta, identità sierologica fra streptococchi delle tonsille e quelli del sangue, vedi un'altra mia nota); una *corea* con vecchia endocardite mitralica e due *tonsilliti acute* (di cui una tonsillectomia, caso già ricordato più sopra). In alcuni casi, specie in quelli in cui lo streptococco era autoagglutinabile, l'identità fu controllata con la deviazione del complemento. Nei casi di *reumatismo articolare acuto* (6 presi in esame) non si ebbero dimostrazioni di identità sierologica; così nell'*eritema nodoso* non solo fra i ceppi da diverse provenienze, di uno stesso soggetto, ma anche fra questi e quelli di altri soggetti affetti dalla stessa malattia. Questo fatto può avere varie interpretazioni.

In tutti i nostri casi presi in esame, forme reumatiche, ecc., ecc. fu anche controllato il potere agglutinante del *siero del paziente sui propri germi da tonsille e urine*: nella maggior parte dei casi, escluse le endocarditi lente, non si vide alcuna agglutinabilità o quando c'era, era molto lieve (40-80). Il siero di una paziente con doppio mitralico senza precedenti reumatici ma con tonsilliti ricorrenti non agglutinava il germe da tonsille, ma invece quello da urine (1:160).

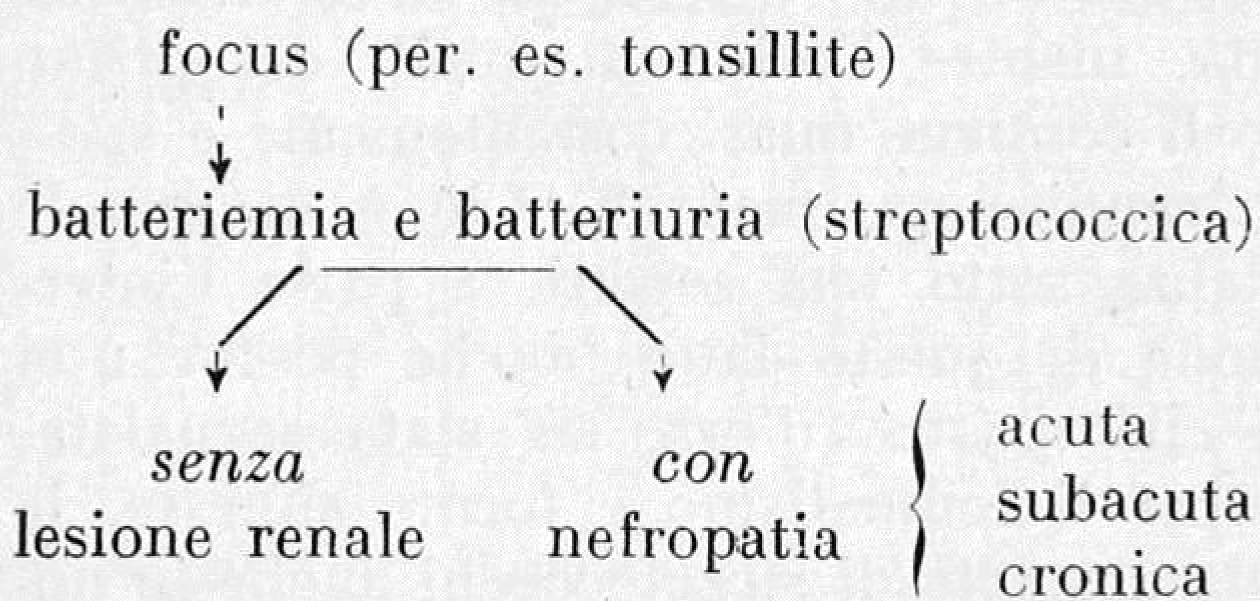
È interessante notare che in uno dei casi di nefrite ora ricordati (nefrite cronica, con ipertensione e iperazotemia) l'identità sierologica (1:3200) oltre che fra gli streptococchi da tonsille e urina esisteva anche con quelli da prostata (1). In altri due casi: una *nefrite subacuta* ed un *morbo Basedow*, esisteva identità sierologica fra lo streptococco da urine e quello da prostata. Nel caso poco fa ricordato di artrite cronica in poussée subacuta i prelevamenti da urina e tonsille furono ripetuti a *vari mesi di distanza, mostrando sempre germi identici e nelle urine e nelle tonsille*, cioè sempre agglutinabili dal medesimo siero immune ottenuto all'inizio dell'osservazione.

Anche nei vari casi in cui i due streptococchi, da urine e da tonsille non corrispondevano, la corrispondenza si manteneva, a distanza anche di mesi, *tra i diversi stipiti ottenuti sempre dalle urine tra di loro*, e spesso fra quelli ottenuti dalle tonsille tra loro.

Queste ricerche avranno il loro pieno valore quando potranno essere estese a gruppi di malati più numerosi, ciò che noi stiamo facendo. Tuttavia quanto abbiamo visto finora costituisce già un contributo di *notevole significato* allo studio dell'eliminazione di streptococchi attraverso il rene, da parte *di certe lesioni infiammatorie croniche come piorree e tonsilliti* cui per molte ragioni si tende ad attribuire azioni flogogene a distanza.

Non è questo il momento ed il luogo di discutere dei problemi relativi ai rapporti fra foci e batteriuria streptococcica e quelli ben noti ed in gran parte ammessi fra foci ed altre malattie, sia del gruppo reumatico o meno ed in particolar modo fra foci e malattie renali.

Solo aggiungiamo, a proposito delle nefropatie, che una particolare importanza dobbiamo attribuire a questa sequenza:



(1) A proposito dell'importanza della prostata come focus e come serbatoio di streptococchi vedi una mia nota in questo stesso Giornale, n. 40, 1933.

Il rapporto fra tonsille (focus) e reni, anche di natura tossica in gran parte sarebbe di natura batterica, perciò non si dovrebbe considerare separatamente *la lesione renale* dalla *batteriuria* e dai suoi rapporti col *focus* (tonsille nel caso nostro particolarmente). Ciò è anche importante per i criteri prognostici e terapeutici che ne seguono.

I reperti di urine sterili, secondo noi molto rari, in casi di nefrite di questo tipo possono anche dipendere dall'azione, non batterica ma tossica in quel caso — o per lo meno durante quel periodo di osservazione.

Il fatto che batteriuria può esserci anche senza lesione renale trovando anche notevolissima batteriuria sia nella tonsillite *acuta semplice* (in cui si ha una *spiccata poussée* di *batteriuria streptococcica*, fatto che io ancora sottolineo) quanto in alcune altre condizioni morbose (all'infuori delle nefropatie) accompagnate da tonsillite (come io ho osservato e non in una sola fase della malattia, ma con *molti esami nelle successive* fasi della malattia fino alla guarigione) non svaluta l'importanza fra tonsille-batteriuria (quindi batteriemia) e nefropatie. Si mette anzi in rilievo con l'esame batteriologico urinario, (che noi abbiamo esteso sistematicamente ad un vasto gruppo di forme morbose, ritenute focali o meno ed estenderemo ancor più) l'importanza di *focolai infiammatori acuti e cronici* localizzati come fonte di *batteriemie* lievi, transitorie di difficile dimostrazione e di *batteriuria streptococcica* e con grande probabilità come punti di origine, attraverso meccanismi anche diversi, di *infezioni varie a distanza.*

Riassunto e conclusioni.

L'A. esaminando comparativamente da una parte gruppi di pazienti affetti da piorrea alveolare o da tonsilliti, fra i quali molti portatori anche di malattie assimilabili al gruppo delle infezioni focali, e dall'altro un gruppo di individui liberi da tali lesioni, ha notato che l'orina di questo gruppo può contenere degli streptococchi di regola in scarsissima quantità, mentre l'orina di quelli del primo gruppo li contiene quasi costantemente e spesso in grandissima quantità. Ciò è di grande importanza sotto vari aspetti, a parte l'interpretazione di questo fatto, anche perchè non consta che prima d'ora, sia stata segnalata, specie per il reumatismo e forme annesse, la presenza costante di streptococchi anche in notevolissima quantità nelle urine.

Le prove fatte coi terreni solidi in anaerobiosi hanno mostrato anche differenze notevoli e talora enormi nel numero dei germi. Prove sierologiche di identificazione fra gli streptococchi del focus e quelli dell'urina hanno dimostrato in 12 casi su 55 la corrispondenza fra questi germi cioè in due nefriti, una nefrosclerosi con ipertensione, due artriti croniche, due lombartriti con sciatica, due endocarditi, una corea, due tonsilliti acute. A parte per ora altre interpretazioni, per quanto riguarda le varie forme morbose considerate, questi reperti potrebbero avere notevole interesse anche nell'interpretazione dell'azione dannosa esercitata spesso da infiammazioni acute e croniche come tonsilliti, piorree, carie diffusa, *sui reni*, non solo nelle affezioni acute ma anche in quelle croniche.

Roma, agosto 1933, XI.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Semeiotica della R. Università di Roma.
Direttore: Prof. G. Bastianelli.

Febbre glandolare.

Dott. Giuseppe Lazzaro, aiuto.

Scopo della presente nota è di richiamare l'attenzione del medico pratico sulla così detta febbre glandolare. È questa una malattia da infezione, che compare in epidemie più o meno estese, ma che si presenta anche, come ogni malattia epidemica, in forma sporadica. In Italia la malattia non si è presentata in diffusione epidemica come in altri paesi, ma sono abbastanza frequenti casi sporadici, che sono perciò difficili ad essere identificati e sono talvolta giudicati non esattamente, ma che debbono riferirsi alla malattia suddetta.

Abbiamo veduto quest'anno due casi che appartengono verosimilmente ad una piccola epidemia, occorsa quest'inverno in Roma. Abbiamo saputo che altri colleghi hanno veduto casi simili. Uno dei malati è stato ricoverato nel nostro Servizio.

P. L., di anni 27. Anamnesi familiare negativa. Sempre bene.

28 marzo 1933: Malessere, febbre, preceduta da senso di freddo. La febbre è stata ed è sempre continua con elevazioni giornaliere fino a 38°,5-39°.

Entra il 2 aprile 1933.

All'esame: faringe e tonsille arrossati. Si palpano piccole glandole nelle regioni latero-cervicali del collo. Fegato: limite superiore V spazio sull'emiclaveare, margine inferiore all'arco. Milza: polo superiore VIII spazio sull'ascellare media, il polo inferiore si palpa all'arco.

Urine: albumina e zucchero assenti.

4 aprile: da ieri ha difficoltà e dolore nella deglutizione. Tonsille tumefatte, arrossate, sulla

loro superficie si vedono numerosi zaffi di colorito grigio giallastro. Tampone: abbondantissimo sviluppo di streptococco tipo viridans, discreto sviluppo di stafilococco aureo. Temperatura sino a 39°. Emocoltura sterile.

5 aprile: Glandole del collo tumefatte. Nelle regioni sottomascellari, latero-cervicali e sopraclavicolari se ne palpano numerose di consistenza duro-elastica, indolenti alla pressione. Anche nelle regioni ascellari e inguinali alcune glandole tumefatte.

Milza: polo superiore VII spazio sull'ascellare media, polo inferiore a circa due dita trasverse dall'arco costale. Globuli bianchi 7800. Le successive conte di sangue e gli esami morfologici sono riportati nella tabella.

12 aprile: tonsille meno tumefatte, deterse. Fino al giorno 12 il malato ha avuto febbre continua, con elevazioni fino a 38°,5. Dal 13 è senza febbre.

15 aprile: le glandole del collo e delle regioni ascellari e inguinali sono ancora tumefatte.

Il 25 aprile il malato chiede di uscire. Le glandole sono diminuite di volume, la milza si palpa a due dita trasverse dall'arco costale, il polo superiore è al VII spazio sull'ascellare media. Abbiamo riveduto il malato il 30 luglio. È stato sempre bene, glandole del collo appena palpabili, milza ancora un po' grande.

Esami morfologici del sangue.

Nulla a carico dei globuli rossi.

Granulociti: non alterazioni del nucleo e del protoplasma. Nei primi esami — vedi tabella — presenza di forme giovani.

Monociti e cellule monocitoidi: il maggior numero di queste cellule è costituito da monociti tipici maturi. Le altre — più numerose nei primi esami — sono elementi molto grandi, di forma irregolare, protoplasma spesso sfrangiato, ampio, debolmente basofilo, con granulazioni azzurrofile, nucleo unico, voluminoso, di forma varia, in alcune bizzarra, a struttura reticolare fine, con piccole masse cromatiniche, raramente nucleoli.

Linfociti grandi e medi: sono costituiti da cellule di grandezza uguale ai linfociti normali del sangue. Non modificazioni del protoplasma e del nucleo.

Linfociti patologici. Specialmente negli strisci dei primi giorni si trovano alcune cellule sicuramente linfocitarie per le loro caratteristiche strutturali e tintoriali, ma diverse per alcuni caratteri dagli elementi normali. Sono cellule di grandezza uguale o anche maggiore dei monociti, di forma rotonda o ovale. Protoplasma ampio, di aspetto granulare, talvolta con granulazioni azzurrofile, vacuolizzato, più basofilo degli elementi normali; la basofilia è più accentuata alla periferia della cellula. In alcune di esse la vacuolizzazione del protoplasma è limitata solo alla periferia, in altre tutto il protoplasma è finemente vacuolizzato. Nucleo grande di forma rotonda, ovale o reniforme, per lo più eccentrico a carattere tipicamente linfocitario, con cromatina abbondante.

In alcuni elementi la basofilia del protoplasma è molto più accentuata, sempre più intensa alla periferia, mancano granulazioni, il nucleo è più piccolo, eccentrico, fortemente colorato, non è evidente però una struttura tipicamente a ruota.

Queste cellule linfocitarie patologiche sono uguali per i caratteri morfologici e tintoriali a quelle più volte descritte nella febbre glandolare. Lehndorff e Schwarz le chiamano linfociti plasmacellulari.

Esami di sangue.

Formula leucocitaria	5-IV	6	7	8	10	12	14	16	18	21	25-IV	30-VII
Eosinofili		1	0,5	1,5	0,5	0,5	0 5	0,5	1	1	1	1
Basofili		0	0,5	0,5	0,5	1,5	0,5	0,5	1	0,5	0,5	0
Neutrofili:												
Metamielociti		4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Nucleo a bast.		8	7	7,5	6	4	4	2	2	0,5	1	1
Nucleo seg.		10,5	15	19,5	26	21	24	26	22,5	35	36	51
Linfociti grandi e medi .		46,5	46	47	46	47	45	48	49	40,5	36	21
Linfociti piccoli		14	8	6	7	6,5	8	9	7,5	7	9	12
Linfociti patologici . .		9	10	10	7	7,5	4	3	1	0	1	0
Monociti e cellule monocitoidi		7	9	6	7	12	14	13	16,5	15,5	15,5	13
Globuli bianchi	7800	8500	7760		7500	6400		6800			6400	
Globuli rossi		4,9				4,7						
Emoglobina (Sahli corretto)		74				76						
Valore globulare		0,71				0.75						

Il decorso clinico ed ematologico di questo caso può essere così riassunto:

Un uomo giovane (anni 27) si ammala con feb-

bre piuttosto alta e continua. All'esame — quinto giorno di malattia — glandole del collo leggermente tumefatte, milza palpabile ad un dito dall'arco, faringe e tonsille arrossati. Al settimo giorno angina follicolare, oltre le glandole del collo anche quelle ascellari e inguinali sono tumefatte, la milza si palpa a due dita dall'arco. La malattia decorre con scarsi sintomi generali, la febbre sempre continua, cessa dopo 15 giorni. Dopo tre mesi dall'inizio della malattia la milza è ancora un po' grande.

Ematologicamente: nulla a carico dei globuli rossi. Globuli bianchi da 8500 a 6400. (Il numero dei globuli bianchi è spesso maggiore — 15-20.000 — sono però riportati molti casi con valori normali e anche subnormali). La maggior parte delle cellule bianche è costituita da linfociti (circa 64 %), tra essi alcune forme patologiche. All'inizio pochi monociti, che aumentano successivamente e nella convalescenza Granulociti ridotti di numero, nei primi giorni forme giovani. Dopo un mese persiste ancora mononucleosi (61 %), dopo tre mesi le cellule mononucleari del sangue sono il 46 %.

In un altro caso, che è stato veduto in consulto dal prof. Bastianelli, la malattia si è iniziata con angina necrotica. Glandole latero-cervicali e ascellari tumefatte, milza grande. Durata della malattia 15 giorni. Il malato è guarito. Esame del sangue: globuli rossi normali, globuli bianchi aumentati. Formula: eosinofili 0,5, neutrofili: metamielociti 0,5, nucleo a bast. 15, nucleo seg. 15,5, linfociti grandi e medi 29,5, linfociti piccoli 24, linfociti patologici 5,5, monociti e cellule monocitoidi 9.

Casi simili sia per il decorso che per le modificazioni del sangue sono piuttosto frequenti. Sono descritti con nomi diversi, di cui i più comuni: angina linfocitica, angina con reazione linfocitaria, angina plasmacellulare ecc. L'angina è dai più considerata la malattia fondamentale.

Anche Naegeli nell'ultima edizione del suo libro distingue diverse forme di angina — linfocitica, monocitaria, plasmacellulare ecc. — in base a differenze morfologiche degli elementi del sangue, che sono aumentati. La febbre glandolare è riportata nel capitolo dell'angina linfocitica, secondo Naegeli nelle forme epidemiche si tratta di una malattia diversa che nei casi sporadici.

Come risulta dalle descrizioni, sintomatologia, decorso e prognosi sono uguali in queste diverse forme. Ammalano di preferenza bambini e giovani adulti, in tutti i casi sono state osservate tumefazioni generali delle glandole linfatiche, tumore di milza, la febbre dura in media 10-15 giorni o più.

Queste angine — catarrali, follicolari, pseudomebranose, ulcerose — si distinguono facilmente dalle angine comuni con polinucleosi oltre che per l'aspetto del sangue, per il decorso prolungato, per le tumefazioni glandolari, non limitate alle glandole regionarie, ma che interessano anche quelle sopraclavicolari, ascellari e inguinali e per il tumore di milza. Sono descritti anche casi con uguale sintomatologia e decorso — sporadici o in epidemie più o meno estese — con modificazioni del sangue uguali a quelle nelle angine con reazione linfocitaria, in cui l'angina manca o vi è al più leggero arrossamento e tumefazione delle tonsille. Nel corso di epidemie sono stati osservati più volte casi con angina e casi senza angina con uguali modificazioni del sangue.

In America ed in Inghilterra dove, come scrive Schwarz, la descrizione di Pfeiffer della febbre glandolare non era stata dimenticata, da Longcope e poi da Baldridge, Rohner e Hausmann, dopo molte osservazioni di forme isolate e di epidemie, questi casi sono stati descritti col nome di febbre glandolare. In Francia ed in Germania ciò ebbe conferma solo molto più tardi (1928) dopo i lavori di Schwarz, Chevallier, Glanzmann, Lehndorff e altri.

In base a criteri epidemiologici e clinici è ammessa oggi da questi Autori l'identità delle forme sporadiche e epidemiche e tutti i casi descritti come angina linfocitica, plasmacellulare, mononucleosi infettiva, ecc., sono riuniti nel capitolo della febbre glandolare. La diversità di interpetrazione delle cellule del sangue può essere spiegata dalla difficoltà di classificazione degli elementi patologici.

Dallo studio della numerosa casistica pubblicata, Lehndorff distingue nella febbre glandolare due tipi principali di decorso: tipo linfoglandolare — il più frequente, forma classica della febbre glandolare, il tipo Pfeiffer — ed un tipo anginoso. In questo l'angina, che può presentarsi nelle sue varie forme, non è la malattia fondamentale, è solo una delle manifestazioni, che compare abitualmente durante la malattia, spesso alla fine della prima settimana (Schwarz) o anche la malattia può iniziare con essa. Un terzo tipo, così detto leucemoide è molto più raro. Tra le complicazioni più importanti: nefrite e ittero. Frequenti le ricadute. La prognosi è sempre buona.

Casi apparentemente diversi sono così riuniti e sistemati nel capitolo unico della febbre glandolare, malattia da infezione caratterizzata clinicamente, come si è detto, da febbre, tumefazione generale delle glandole linfatiche, tumore di milza, spesso angina e modificazioni tipiche del sangue.

RIASSUNTO

Descrizione di due casi di febbre glandolare.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale Civile di Mantova
Sez. Chirurgia Generale
Primario. Dott. Mambrini,

Contributo alla conoscenza della cosidetta pancreatite edematosa.

Dott. Enzo Truzzi, aiuto.

L'addome acuto è spesso costituito da un complesso di sintomi così imponenti ed ingannevoli che l'orientarsi subito verso una diagnosi precisa non è facil cosa.

Tra le forme che più facilmente possono trarre in errore sono le affezioni pancreatiche acute.

La sintomatologia, per la sua gravità e per l'insorgenza repentina, è davvero impressionante e nella maggioranza dei casi ci consente di formulare una diagnosi approssimativa, non mai di certezza.

D'altra parte non si può negare che molte volte la rapidità e l'imponenza dei sintomi non conferiscano alle pancreatiti acute una loro particolare fisionomia clinica.

Talora con prodromi, talora improvvisamente il paziente è colpito da violenti dolori all'epigastrio, irradiantisi posteriormente, con vomito e qualche volta singhiozzo; addome tumido, con fenomeni di ileo.

In breve tempo il quadro si fa eccezionalmente grave: il malato precipita in collasso, facies ippocratica, aspetto ansioso, labbra cianotiche, lingua arida.

Il polso diventa piccolo, assai frequente, con temperatura subfebbrile od anche al di sotto della norma.

Il paziente può avere qualche fugace miglioramento per poi precipitare verso la catastrofe in pochi giorni.

Già il Morgagni era stato colpito da questo quadro eccezionalmente grave e così ne riassume la sintomatologia clinica « l'ardente sete e le frequenti lipotimie e sopratutto un dolor tale come se fosse stato lacerato dai cani ai comuni confini del petto e del ventre ».

Il Giordano prima ed il Dieulafoy poi lo chiamarono con felice espressione « il dramma pancreatico ».

Senonchè malgrado le numerosissime osservazioni cliniche e le indagini sperimentali non ancora siamo in grado di diagnosticare con sicurezza una affezione pancreatica acuta. E questo prima di tutto perchè non possedendo ancora sintomi patognomonici sicuri di questa forma morbosa la scambiano spesso con altre forme addominali acute. In secondo luogo perchè ci si dimentica troppo spesso del dogma del Körte, che cioè: « Ogni malato ha un pancreas, che le lesioni di questa ghiandola sono senza dubbio più frequenti di quanto abitualmente non si creda e che ad esse possa riferirsi il complesso dei sintomi che constatiamo ».

A seconda dei diversi quadri anatomo-patologici, delle diverse particolarità di aspetto, della evoluzione del processo morboso, furono le pancreatiti diversamente classificate.

Trascurando le forme croniche riportiamo la classificazione che ne dà il Gasbarrini nel suo studio completo.

1) *Una forma necrotica* con degenerazioni ora estese ora circoscritte del parenchima ghiandolare e reazione del tessuto interstiziale rappresentato da edema, infiltrazione lieve, emorragia.

2) *Una forma suppurativa* di genesi varia (metastatica per contiguità, d'origine intestinale) caratterizzata dalla presenza di suppurazioni a sede inizialmente interstiziale più o meno diffuse, a volte circoscritte, a volte di aspetto ascessuale a volte coi caratteri di una forma flemmonosa vera e propria, e da reazioni parenchimali degenerative, a volte cronologicamente secondarie.

3) *Una forma gangrenosa* dovuta allo stabilirsi nell'organo precedentemente sano o già leso nella sua compagine da un qualunque processo, di germi anaerobici, generalmente d'origine intestinale.

« Senonchè — nota il Gasbarrini — nella sua lucida monografia, una classificazione ideale che tenga conto degli elementi eziopatogenetici, anatomici e clinici al tempo stesso, offerti da ogni singolo tipo, cioè a dire chè fondi le sue basi su quel complesso di caratteri che soli valgono a definire in modo completo le varie forme di malattia non è possibile nel campo delle pancreatiti.

L'oscurità che ancora domina su molte questioni di eziopatogenesi, le modalità di reazione spesso uguali offerti dal pancreas di fronte a condizioni morbose diverse dal punto di vista causale e genetico, l'identità frequente dei quadri clinici anche in caso di lesioni anatomo-patologiche profondamente diverse per genesi ed aspetto rende ragione di questa insuperabile difficoltà ».

Nel 1912 un autore tedesco, Zoepfel, pubblicò 4 osservazioni di casi, operati per forme addominali acute, in cui trovò lesioni pancreatiche di un aspetto assai interessante.

Queste lesioni erano costituite principalmente da una infiltrazione sottosierosa all'intorno del pancreas: il piccolo epiploon, il mesocolon trasverso particolarmente, erano come iniettati da edema e nello stesso tempo il peritoneo pancreatico era gonfio, sollevato al davanti della ghiandola. Questa invece era poco o nemmeno interessata. Non vi era liquido siero-ematico in cavità e le classiche « chiazze di cera » vi erano solo in due casi ed in modico grado. Non parve vero a Zoepfel di creare un termine nuovo per le lesioni che aveva riscontrate e le denominò « edema acuto del pancreas ».

Di poi altri autori, specialmente in Francia ne descrissero altri casi.

Deplas e Ebrard (1 caso), Tuffier (1 caso), Barthélemy (1 caso), Leveuf (2 casi), Okinczyc (1 caso), Guimbellot (1 caso), Chifoliau (1 caso), Soupault (1 caso).

Recentemente Brocq alla Società di chirurgia di Parigi ha riferito cinque casi di pancreatite edematosa osservati da Brugeas, Vergoz, Cautier, Butureanu e Chipoil, Caduron.

Descrivo un caso capitato sotto la mia osservazione in cui le lesioni pancreatiche riscontrate erano identiche a quelle messe in rilievo da Zoepfel.

T. R., a. 38, da Rodigo. È accolta d'urgenza in Ospedale il 19 marzo 1931, alle ore 14.

Nulla a carico del gentilizio e dei collaterali.

Marito sano, una figliola pure sana.

Circa sei anni fa pare abbia sofferto di coliche renali a destra.

Null'altro in passato.

Il 18 marzo sera ha cominciato ad accusare dolori all'epigastrio ed alla regione dorsale della colonna vertebrale. I dolori sono aumentati gradatamente d'intensità seguiti da vomito e scomparvero dopo circa tre ore completamente tanto che la paziente potè riposare durante la notte.

Alle ore 5 viene svegliata da dolori violenti all'epigastrio e specialmente alla regione dorsale della colonna vertebrale con singhiozzo e vomito all'ingestione anche di minime quantità di liquido. I dolori non si sono calmati, nemmeno con la morfina e persistono tuttora vivissimi.

Esame obbiettivo. La paziente è in preda a dolori atroci e si dibatte per il letto cercando un decubito antalgico.

Facies ansiosa, estremità fredde, subcianotiche. Polso poco valido, aritmico, frequente 70. Addome globoso per adipe, indolente nei quadranti inferiori. I quadranti superiori sono dolentissimi alla palpazione: il punto di massima dolorabilità è situato all'epigastrio a metà circa dalla xifo-ombellicale. Esiste cospicua difesa della parete nella regione sopradetta.

Aie di ottusità epatica e splenica ridotte, non scomparse.

La diagnosi rimane dubbia tra ulcera perforata e pancreatite acuta.

Pertanto si decide di intervenire.

Intervento il 19 marzo, ore 16.

Primario dott. Mambrini, operatore. Narcosi eterea generale. Incisione mediana xifo-ombellicale: aperto il peritoneo fuoriesce scarso liquido leggermente ematico, lo stomaco è disteso da gas, i legamenti gastro-epatico e gastro-colico sono edematosi, d'un edema emorragico, così pure il mesocolon trasverso, specie all'angolo epatico del colon. Aperto il legamento gastro-epatico appare il pancreas tumefatto, di colorito rosso vinoso. La colecisti è distesa e, per quanto è dato palpare non contiene calcoli.

Si zaffa la regione pancreatica e duodenale con garza e si richiude parzialmente l'addome.

Si praticano in seguito ipodermoclisi di siero glucosato, iniezioni di canfora e caffeina.

20-III: La p. ha vomito a più riprese. Temperatura 37°,4; polso 120; condizioni generali gravissime.

21-III: La p. va progressivamente peggiorando. Lieve stato di euforia. Il polso non si conta più. durante la notte si ha l'*exitus.*

Disgraziatamente non si è potuta fare l'autopsia.

Questa mia osservazione collima in modo caratteristico con il quadro anatomo-patologico descritto da Zoepfel.

Dalla bibliografia consultata non mi risulta che autori italiani abbiano ancora descritto questa particolare pancreatite.

Però tutti gli autori stranieri (Schmieden Scheming, Archibald, Witt-Stetten, Brocq, Miginiac, Leveuf, Okinczic) l'hanno chiamata « pancreatite edematosa » al posto di « edema acuto del pancreas » che era la vecchia denominazione di Zoepfel. Soupault nega a questo titolo una scrupolosa correttezza scientifica.

E credo giustamente.

Infatti, egli dice, per quanto si tratti di una lesione anatomo-patologica non comune di cui la caratteristica principale è l'edema siamo sempre di fronte ad una pancreatite acuta, di natura e da cause ignote.

Ora una malattia non può prendere il nome da un particolare ma dalla sua natura o dalla sua causa iniziale.

E così non si dirà pancreatite emorragica o con steato-necrosi ma pancreatite acuta necrotica, suppurativa o gangrenosa.

Brocq pensa che la pancreatite edematosa meriti di essere individualizzata non perchè sia molto differente clinicamente dalla forma acuta emorragica, ma sopratutto perchè si presenta nel corso dell'intervento con caratteri obiettivi particolari.

Il principale segno macroscopico è l'edema che infiltra il pancreas ed i mesi vicini: emorragia pancreatica minima o mancante completamente, non versamento siero ematico nella cavita addominale e le chiazze di steato-necrosi sono minime o mancanti.

Però possiamo trovare anche, aperto l'addo-

me, essudato chiaro o siero ematico (Zoepfel, Deplas, Ebrard, Chifoliau, Leveuf, Tuffier, Okinczc, Guimbellot, Barthélemy, Soupault, Truzzi) ed un pancreas aumentato, di volume duro, rosso-vinoso e senza « chiazze di cera » (Soupault, Truzzi, Zoepfel (7 osservazioni), Deplas, Ebrard, Okinczyc, Guimbellot, Barthélemy, Chifoliau). Altri ancora hanno notato pure steatonecrosi (Zoepfel (3 casi) Leveuf) ed assenza di liquido in cavità. Nella maggioranza delle affezioni pancreatiche acute esistono concomitanti lesioni delle vie biliari.

Nel mio caso vi era una colecisti distesa, non contenente calcoli; nella anamnesi c'è un vago accenno a dolori a tipo colico interpretati come d'origine renale che invece potrebbero essere stati attacchi di colecistite.

Per spiegare la frequente coincidenza della pancreatite con affezioni della vescichetta biliare furono in passato sostenute 2 teorie: l'origine vascolare, che oggi gode di scarso credito, e l'origine canalicolare.

Secondo quest'ultima teoria l'ostruzione della papilla del Vater condurrebbe alla trasformazione del coledoco e del dotto di Wirsung in un unico canale attraverso il quale salirebbe verso il pancreas la bile. Non esiste nessun elemento veramente convincente nemmeno in favore di codesta concezione.

Recentemente il Bottin in seguito a numerose esperienze ha potuto constatare come l'iniezione nella cistifellea del cane di prodotti di occlusione intestinale previa sezione fra due legature del coledoco, provoca una intensa colecistite. In quattro animali dei sei nei quali questa lesione si verificò il Bottin potè inoltre osservare tipiche alterazioni da pancreatite. L'occlusione del coledoco permette di negare che la pancreatite stessa sia una conseguenza della trasformazione del coledoco e del dotto pancreatico accessorio in un unico canale. Si hanno invece in conseguenza di questo tipo di colecistite sperimentale, ed i reperti radiografici e microscopici ne danno una evidente dimostrazione, stasi gastrica prolungata ed una paralisi del tratto superiore del' intestino tenue alla quale ultima, secondo Bottin, dovrà attribuirsi una importanza tutta particolare per spiegare le lesioni del pancreas.

Il contenuto duodenale derivante dalla ostruzione paralitica del tenue, risalendo lungo il Wirsung rappresenterebbe così la patogenesi più frequente delle pancreatiti conseguenti a colecistite ed anche a calcolosi biliare o ad infezioni delle vie biliari.

Okinczyc per le relazioni frequenti, se non costanti, che si osservano tra pancreatiti edematose e colecistite calcolosa, stima che durante l'intervento chirurgico, il drenaggio delle vie biliari conservi un valore essenziale ed importantissimo.

Nemmeno dal punto di vista semiologico non v'ha nessun segno patognomonico. L'evoluzione del processo è alquanto varia.

Nei vari casi della letteratura, al momento dell'intervento che ha permesso di constatare l'edema pancreatico i primi sintomi datavano da qualche ora sino a 30 ore. Dunque l'edema pancreatico non ci autorizza a descrivere una forma particolare di pancreatite, e nemmeno si può convenire con Brocq che si presenti con caratteri obbiettivi particolari.

Alcuni (Mondor, Ockinczy) pensano che si tratti di uno stadio precursore della necrosi massiva: che cioè si tratti della medesima lesione ma osservata allo stadio iniziale. Ma questa affermazione, dopo Zoepfel è ormai negata dalla maggior parte degli autori.

Infatti noi vediamo che l'edema può coesistere con lesioni pancreatiche assai avanzate come nelle osservazioni di Deplas ed Ebrard (pancreas con focolai emorragici) di Leveuf (pancreas necrotico, grigio, verdastro) di Barthélemy, Soupault, Truzzi (pancreas color rosso-vinoso, duro, leso in tutta la sua estensione).

Inoltre in parecchi casi (Deplas, Ebrard, Chifoliau, Leveuf, Okinczyc, Barthélemy, Soupault, Truzzi) vi era già liquido in cavità peritoneale: quindi l'edema coesisteva con lesioni avanzate che erano insorte già da più di 20 ore.

Concludendo, questa interessante lesione, caratterizzata da edema pancreatico nel corso di una pancreatite acuta, è secondo Soupault, una reazione tissulare il cui significato non è ancora ben chiaro.

Potrebbe anche indicare una forma anatomoclinica speciale. Comunque merita di essere ulteriormente illustrata e studiata.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver parlato delle pancreatiti acute in genere, illustrandone le difficoltà diagnostiche, viene a parlare della così detta pancreatite edematosa di Zoepfel di cui descrive un caso. Illustra e discute questa particolarità anatomo-patologica e conclude trattarsi di una reazione tissulare speciale, di significato ancora non chiaro, che si manifesta con edema pancreatico nel corso di una pancreatite acuta.

RIVISTE SINTETICHE

Le turbe sudorali nelle sindromi diencefalo-ipofisarie.

Alberto Salmon, docente in neuropatologia nella R. Università di Firenze.

Il meccanismo dell'iperidrosi e dell'anidrosi d'origine infundibolo-ipofisaria si rischiara notevolmente, a mio avviso, quando si prenda in esame la fisiopatologia della secrezione sudorale e si studino i rapporti di questa secrezione col sistema vegetativo.

La secrezione del sudore è regolata dall'apparato vegetativo; le ghiandole sudorali sono innervate da numerose fibre simpatiche e, secondo le recenti ricerche di Ken Kuré, Saegusa, Kawagucki e Jamagata, da fibre parasimpatiche. La duplice innervazione vegetativa dell'apparato sudorale spiega sufficientemente il fatto che le modificazioni del sudore si osservano sia nelle sindromi simpaticotoniche, sia in quelle vagotoniche. È noto che l'eccitazione sperimentale del simpatico cervicale provoca di regola uno stato iperemico dell'arto corrispondente e l'iperidrosi. Gli stati irritativi del plesso celiaco si traducono ugualmente con l'aumento dei sudori. A. Thomas include l'iperidrosi tra i sintomi di ripercussione simpatica, avendola ripetutamente osservata nelle forme simpaticotoniche (morbo di Raynaud, eritromelalgia, ecc.). Essa si rileva nei casi di sezione spinale, negli arti paralizzati (sudori spinali); si associa, in questi casi, all'esagerazione dei riflessi pilomotori simpatici. L'accentuazione di questi fenomeni riflessi e della secrezione sudorale accompagna spesso i così detti riflessi di difesa degli arti inferiori (Thomas), i quali presentano una stretta connessione col fattore simpatico (Bonarelli, Salmon). Tinel ha descritto un interessante caso di emisudore della faccia, consecutivo ad un trauma della spalla, che si associava ad alcuni sintomi d'ipereccitabilità del simpatico cervicale; l'iperidrosi del paziente si accentuava coll'adrenalina, diminuiva coll'ergotamina, ciò che deponeva per la sua origine simpatica; si accentuava pertanto anche colla pilocarpina e migliorava colla belladonna (cercheremo più tardi di renderci ragione di questi fatti apparentemente controversi tra loro).

L'iperidrosi è uno dei più frequenti sintomi dell'ipertiroidismo, che si traduce con una sindrome prevalentemente simpaticotonica. Bacq e Hermann videro il medesimo sintoma dopo la somministrazione dell'adrenalina; si ricordi che questa sostanza in lievissima dose ha una azione vasodilatatrice, favorevole quindi alla secrezione sudorale. Le vive emozioni che si esprimono con una ipersecrezione adrenalinica e tiroidea determinano spesso un notevole aumento del sudore.

L'importanza del fattore simpatico nel meccanismo delle turbe sudorali viene altresì confermato dal fatto che la paralisi del simpatico cervicale (sindrome di Claude Bernard-Horner) provoca di regola l'anidrosi. Thomas vide che in questi casi la diminuzione del sudore si associa spesso all'iporiflessia pilomotrice, altro sintoma di depressione simpatica. Urbantschitsch e Sznajdermann osservarono ugualmente l'anidrosi dopo la simpatectomia cervicale. Kollert notò il medesimo sintoma dopo la radioterapia del simpatico cervicale. Sono noti pertanto numerosi casi, in cui la paralisi del simpatico cervicale provocò l'iperidrosi della faccia; così nei casi descritti da Worms, da Cordier, Morenos e Dechaume. Lo stesso sintoma e l'iperemia della faccia furono rilevati da Dupuy e Meyer dopo il taglio del simpatico cervicale. Vulpian, Ott e Arloing spiegarono il fatto, ammettendo che nel simpatico cervicale decorrano delle fibre inibitrici della secrezione sudorale, e che in seguito alla loro soppressione si determini l'aumento del sudore nelle regioni corrispondenti.

L'iperidrosi costituisce infine uno dei sintomi più caratteristici e frequenti degli stati vagotonici. Essa si accentua di regola con la somministrazione di pilocarpina e di eserina eccitanti il sistema parasimpatico; diminuisce con l'atropina e con la belladonna, paralizzanti il medesimo sistema. L'intossicazione di insulina, ad azione nettamente vagotonica, determina spesso l'iperidrosi insieme ad altri sintomi vagotonici: l'ipotermia, le convulsioni, ecc. L'iperidrosi è frequente nelle crisi epilettiche, che consistono in una sindrome essenzialmente vegetativa, a carattere prevalentemente vagotonico. La secrezione sudorale aumenta di regola nelle condizioni fisiologiche o morbose dove sussiste una depressione funzionale del sistema simpatico ed una prevalenza del sistema parasimpatico; essa aumenta durante il sonno dove si notano numerosi segni di depressione simpatica e d'una ipertonia relativa del sistema vagale. La rapida caduta di una febbre molto elevata, dovuta con ogni probabilità alla depressione funzionale d'un centro termico simpatico, si accompagna di regola all'aumento del sudore. L'iperidrosi si osserva spesso nelle crisi vagotoniche presentate dagli Addisoniani, a lato di numerosi sintomi di depressione simpatica (astenia, ipotricosi, ecc.), e migliora cogli estratti surrenali (Stoltzner); Farmachidis ha ugualmente descritto un caso di sindrome pluriglandolare con insufficienza surrenale, dove si constatavano delle crisi vagotoniche e una copiosa sudorazione.

Noi vediamo quindi che l'iperidrosi si osserva spesso negli stati vagotonici, come nei casi di eccitazione e di depressione del sistema simpatico.

Questo dato non si accorda certamente con la tesi d'un antagonismo funzionale tra l'ap-

parato simpatico e quello parasimpatico, sostenuta da Eppinger e Hess. Autorevoli autori ritengono pertanto che questo antagonismo, il quale poggia soprattutto sui risultati spesso antagonistici delle prove farmacodinamiche, non debba intendersi in senso troppo assoluto. È noto che molte sostanze aventi un'azione elettiva sul sistema simpatico o su quello parasimpatico, eccitano l'apparato antagonista quando sono somministrate in lievissima dose. L'adrenalina in forti dosi stimola il simpatico, in lievi dosi ha una azione vasodilatatrice e vagotonica; essa stimola i centri parasimpatici se questi sono molto eccitabili (Tinel, Saintenoise, Heymans, Ladon, Gautrelet e Garibaldi). Oliver e Schaeffer hanno dimostrato che l'adrenalina eccita il centro del vago; il tono del vago, secondo Viale, dipenderebbe dalla quantità di adrenalina contenuta nel sangue. La stricnina è ugualmente vasocostrittrice in dosi elevate, vasodilatatrice in piccole dosi (Stefani e Vasoin). La pilocarpina in lieve quantità paralizza il vago, che viene eccitato dalle dosi più elevate del medesimo rimedio. L'atropina, dotata d'una azione paralizzatrice sul sistema parasimpatico, in dosi minime eccita lo stesso sistema; in forti dosi paralizza anche l'apparato simpatico. La pituitrina, di cui sono note le proprietà simpaticotoniche, in dosi elevate ha un'azione vagotonica, in specie se essa viene somministrata negli stati simpaticotonici (Tinel) od è iniettata nei ventricoli laterali (Cushing).

È noto altresì che gli stimoli elettrici, quando vengono applicati in organi ove decorrono delle fibre simpatiche e parasimpatiche, eccitano solo le fibre parasimpatiche e inibiscono quelle simpatiche se gli stimoli sono molto lievi, mentre le correnti più intense eccitano le fibre simpatiche. L'eccitazione faradica del tronco vago-simpatico della rana con una lieve corrente inibisce le fibre simpatiche e stimola quelle parasimpatiche; una corrente più intensa eccita le fibre simpatiche. Ritter e Rollet spiegano con questo meccanismo i fenomeni d'inibizione ottenuti da Richet con l'eccitazione dei muscoli della pinza del gambero con lievissimi stimoli elettrici.

Si ricordino infine gli stretti rapporti anatomici e funzionali che esistono tra il simpatico e quello parasimpatico. Le ricerche di Braueker e di Bruhning, quelle di Leriche e Fontaine dimostrano che le fibre di questi sistemi si legano strettamente tra loro per numerose anastomosi; sono note le connessioni funzionali tra il ganglio cervicale superiore e il ganglio plessiforme del vago. Il simpatico contiene numerose fibre parasimpatiche, come il vago è costituito in buona parte da fibre simpatiche. Ken Kuré, Kenda, Warabayashi e Okinaka videro delle fibre parasimpatiche vasodilatatrici nel grande e nel piccolo splancnico; fibre che eccitate determinano la vasodilatazione dei reni e del pancreas. Barry ha osservato a sua volta che il vago contiene numerose fibre simpatiche vasodilatatrici, l'azione delle quali è paralizzata dall'ergotamina e non dall'atropina. Clinicamente si osserva una stretta associazione dei fenòmeni simpaticotonici e di quelli vagotonici in numerose sindromi vegetative, ad esempio negli accessi epilettici, nell'emicrania, nell'asma bronchiale, nelle crisi anafilattiche, nell'ipertiroidismo, nelle vive emozioni. Spesso si nota una ipereccitabilità del vago nei casi in cui esiste una ipereccitabilità simpatica, ad esempio nell'ipertiroidismo, una ipertonia simpatica nei casi di vagotonismo (Laignel-Lavastine).

Può quindi concludersi che se numerosi fatti dimostrano un netto antagonismo tra le proprietà vasodilatatrici dell'apparato parasimpatico e quelle vasocostrittrici del sistema simpatico, altri dati parlano per una stretta collaborazione funzionale fra i due sistemi. Lo dimostra chiaramente il fatto che il sistema simpatico contiene numerose fibre vasodilatatrici d'ordine parasimpatico (Kuré) e d'ordine simpatico (Hoskins, Hartmann, Dale, Burn, Barry), e che queste ultime fibre sono numerose nel tronco del vago (Barry). L'apparato vagale è normalmente stimolato dall'adrenalina, il più efficace eccitante del sistema simpatico. La stessa ipertonia vagale, che con tanta frequenza si osserva negli stati di depressione simpatica, può ritenersi, a mio avviso, un fenomeno di compensazione funzionale del sistema parasimpatico per la deficienza funzionale dell'attività simpatica, un fenomeno cioè analogo all'iperfunzione compensatrice di alcune ghiandole endocrine per l'atrofia di altre ghiandole, legate alle prime dalla più stretta sinergia funzionale.

Gli stretti rapporti funzionali tra il sistema simpatico e quello parasimpatico spiegano perfettamente il fatto che le ghiandole sudorali, innervate da fibre simpatiche e da fibre parasimpatiche, possono reagire e determinare l'iperidrosi sia per l'eccitazione del sistema simpatico, in specie per la stimolazione delle sue fibre vasodilatatrici, sia per l'eccitazione del sistema parasimpatico; non dobbiamo quindi sorprenderci che l'iperidrosi si osservi frequentemente nelle sindromi simpaticotoniche come in quelle vagotoniche, non raramente secondarie alla depressione dell'apparato simpatico.

Queste nozioni rischiarano lo studio delle iperidrosi d'origine cerebrale, particolarmente di quelle di origine diencefalica.

Sono ammessi dei centri vasomotori regolatori della secrezione sudorale nella corteccia, nel talamo, nello striato, nel diencefalo, nel 4° ventricolo e nel midollo spinale. Kollert invoca: 1) un sudore corticale nelle forti emozioni e nei vivi dolori viscerali; 2) un sudore subcorticale, modificabile con le variazioni della temperatura; 3) un sudore bulbare, provocato dagli stimoli gustativi, acidi, ecc.; 4) un

sudore spinale che si rileva nelle sezioni spinali in rapporto con i riflessi di difesa (A. Thomas).

Si citano dei casi di iperidrosi d'origine striata (Parhon e Goldstein, Giannuli), d'origine talamica (Giannuli). Le crisi sudorali sono state osservate nei tumori del 4° ventricolo da Van Bogaert e Martin, da Lapiccirella.

Prendiamo in esame le modificazioni della secrezione sudorale nelle affezioni diencefaliche. I nuclei tubero-infundibolari sono attualmente ritenuti i più importanti centri vegetativi del nostro organismo. La loro natura vegetativa è affermata dalla loro struttura ganglionare, dalla loro ricchezza di fibre amieliniche (Cajal, Greving), dalle loro connessioni funzionali con i nuclei simpatici talamici e bulbari, con i gangli simpatici midollari (Greving), e dalle proprietà vasocostrittive dei loro estratti, analoghe a quelle della pituitrina e dell'adrenalina. Houssay e Molinelli osservarono che l'eccitazione sperimentale di questi nuclei provoca una ipersecrezione di adrenalina. Le esperienze infine di Karplus e Kreidl, di Asher, di Higier, di Fulton e Bailey, di Roussy e Mosinger dimostrano che la puntura dei nuclei infundibolari provoca una sindrome vegetativa prevalentemente simpatica, le modificazioni cioè della pressione arteriosa, la midriasi, l'iperidrosi, l'allargamento della rima palpebrale, l'ipertermia, la glicosuria, talora anche il rallentamento del polso, l'ipersecrezione salivare. L'iperidrosi diencefalica sperimentale, si noti, si associa generalmente ai sintomi di ipereccitabilità simpatica, alla midriasi, alla ipertermia, alla tachicardia (Karplus e Kreidl). L'eccitazione sperimentale del nucleo di Luys provoca ugualmente la midriasi, l'ipertermia e l'iperidrosi (Karplus e Kreidl).

L'iperidrosi si osserva frequentemente nei tumori del 3° ventricolo determinante la compressione o la distruzione dei nuclei tubero-infundibolari. Essa venne spesso constatata nell'encefalite epidemica, che colpisce con particolare frequenza i nuclei diencefalici e si traduce con i più distinti fenomeni infundibolo-tuberiani: l'ipersonno, le crisi narcolettiche, l'ipertermia, il diabete insipido, ecc. Le crisi sudorali sono state spesso constatate da Pari nella meningite della base. L'A. ritiene che esse rappresentino un sintoma a focolaio di questa affezione, poichè insorgono insieme alle paralisi dei nervi cranici e spariscono col miglioramento dei fatti paralitici. Si ricordi che una delle zone più frequentemente colpite dalla meningite tubercolare è quella diencefalica. Lesage e Abrami hanno descritto 25 casi di meningite tubercolare con ipersonno, dove l'autopsia dimostrò un focolaio di meningite a livello della regione opto-peduncolare. Le crisi sudorali furono osservate altresì nella sifilide cerebrale con localizzazioni diencefaliche (Lhermitte, Babonneix).

La genesi diencefalica dell'iperidrosi spiega la frequente associazione di questo sintoma con i più noti fenomeni tubero-infundibolari, in particolare con i disordini del sonno, con le crisi epilettiche, con l'ipertermia, col diabete insipido.

Le esperienze di Demole, di Marinesco, Draganesco, Sager e Kreindler, di Sture Berggren e Moberg, di Mehes e di Hess hanno dimostrato la presenza nella regione infundibolare d'un centro vegetativo simpatico che depresso nella sua attività col cloruro di calcio, coll'ergotamina, col veronal determina il sonno; stimolato invece col cloruro di potassio, col nitrato d'argento o con intensi stimoli elettrici provoca uno stato di eccitazione psico-motrice, delle crisi epilettiformi. Esistono alcune sostanze aventi una azione elettiva sui nuclei diencefalici, ad esempio la pituitrina, l'insulina e la bulbocapnina, che in lievi dosi determinano la sonnolenza, in forti dosi le convulsioni; i barbiturici che deprimono in modo elettivo l'attività dei nuclei infundibolari sono i migliori rimedi delle crisi epilettiche. Questi dati sperimentali e clinici giustificano pienamente la tesi che nel pavimento del 3° ventricolo esistano dei centri vegetativi, i quali esercitano un'azione regolatrice sul sonno e manifestano, quando sono fortemente eccitati, delle proprietà epilettogene.

Il tuber è ritenuto uno dei più importanti centri termici dell'organismo. Jacoby e Römer, Walchbaum e Meyer hanno ottenuto sperimentalmente l'ipertermia colle iniezioni di sostanze irritanti (soluzioni saline, nitrato di argento) nel 3° ventricolo. La distruzione del tuber provoca uno stato pecilotermico analogo a quello presentato dagli animali a sangue freddo (Isenschmid). L'ipertermia segue frequentemente le emorragie del 3° ventricolo (Richardt, Mannelle).

È nota infine l'importanza dei nuclei tuberiani e della postipofisi nella regolazione della diuresi; il loro valore è ben dimostrato dal fatto che gli estratti di questi organi hanno delle proprietà vasocostrittrici, moderatrici della diuresi; le loro alterazioni si traducono abitualmente con una intensa poliuria, che cede con gli estratti della postipofisi. Il diabete insipido si ottiene sperimentalmente colla puntura del tuber (Camus e Roussy).

L'esistenza della regione diencefalica di alcuni nuclei vegetativi regolatori del sonno, della temperatura e della diuresi, chiarisce perfettamente gli stretti rapporti che l'iperidrosi presenta con le modificazioni di queste funzioni, in numerose condizioni fisiologiche e patologiche. Noi constatiamo di regola nel sonno un aumento della secrezione sudorale, superiore certamente a quello rilevato nel riposo muscolare. Il sonno, attribuito dalla pluralità degli autori alla depressione funzionale del centro simpatico infundibolare, si esprime con numerosi sintomi di depressione simpatica: la miosi, l'ipotermia, il torpore delle reazioni vasomotrici, la diminuzione spontanea di alcuni disordini simpatici (il prurito, il dermografismo, ecc.), la diminuzione delle reazioni affettive, e con numerosi sintomi d'ipertonia va-

gale o parasimpatica: il rallentamento del polso, una disposizione alle crisi vagotoniche, ad es. agli accessi di pertosse, di asma bronchiale, alle crisi convulsive, ecc. L'iperidrosi nel sonno si associa a questi sintomi vagotonici ed appare l'espressione della lieve ipertonia parasimpatica che segue in questo fenomeno alla depressione dell'attività simpatica. L'iperidrosi si constata spesso nell'ipersonno dell'encefalite epidemica (Valobra, Barkmann, Boveri, Pantaleoni), in accordo con le ricerche di Campanacci, il quale osservò nella pluralità di questi pazienti uno stato vagotonico secondario con ogni probabilità alle lesioni dei nuclei simpatici diencefalici. Non è rara pertanto nei casi di encefalite epidemica l'associazione dell'iperidrosi con l'insonnia (Ponticaccia, Porak); la sudorazione migliora spesso con i barbiturici (veronal, ecc.), i quali esercitano una azione ipnotica elettiva sui nuclei diencefalici (Kollert).

L'iperidrosi, come abbiamo prima notato, è uno dei sintomi più frequenti delle crisi epilettiche che sono spesso l'esponente della violenta reazione dei nuclei vegetativi diencefalici (Salmon). L'iperidrosi, insieme ai fenomeni convulsivi, si osserva spesso nell'intossicazione di insulina, la quale, secondo Houssay, provoca una viva eccitazione dei medesimi nuclei.

Sono ugualmente importanti i rapporti tra le modificazioni della secrezione sudorale e quelle della temperatura. La febbre si accompagna di regola ad una diminuzione del sudore, mentre il suo rapido abbassamento si traduce abitualmente con l'iperidrosi. Sono note pertanto alcune febbri infettive, ad esempio la febbre miliare, il reumatismo articolare acuto, nelle quali l'ipertermia si accompagna ad abbondanti sudori. L'associazione della febbre con l'iperidrosi si osserva con particolare frequenza nell'encefalite epidemica, dove sono spesso lesi i nuclei diencefalici, e nelle crisi epilettiche, dovute alla brusca reazione dei nuclei medesimi.

Si esaminino infine i rapporti tra le modificazioni del sudore e quelle della diuresi. Abbiamo già osservato che la secrezione sudorale e quella renale diminuiscono di regola durante la febbre, aumentano considerevolmente nel suo rapido declino. Sono numerosi i casi descritti di diabete insipido d'origine diencefalo-ipofisaria, nei quali la poliuria si associò strettamente all'iperidrosi. La combinazione dei due sintomi è stata spesso constatata nell'encefalite epidemica, ad esempio nei casi citati da Achard, da Lereboullet, da Mouzon, da Bassoe, da Cardarelli, da Kennedy, da Stiefler, da Signorelli, da Doyle e Kernotan, da Bourges e Mereidia, da Pirsch, ecc. In un caso di encefalite descritto da Bernard l'iperidrosi e la poliuria sparirono con le iniezioni di pituitrina. L'associazione del diabete insipido con l'iperidrosi fu ugualmente constatata da Lhermitte e da Babonneix nella sifilide cerebrale, nei casi in cui l'affezione colpiva i nuclei diencefalici. La patogenesi dell'iperidrosi nei casi sopra descritti è con ogni probabilità affine a quella del diabete insipido. Le alterazioni della postipofisi e dei nuclei tuberiani provocano uno squilibrio funzionale dei nuclei vegetativi diencefalici e bulbari regolatori della diuresi e della secrezione sudorale; è verosimile che la depressione funzionale dei nuclei tubero-infundibolari vasocostrittori moderatori di queste secrezioni determini l'iperattività funzionale dei nuclei diencefalici e bulbari vasodilatatori attivanti le medesime secrezioni. Questo squilibrio vegetativo si lega con ogni probabilità ad uno squilibrio ormonale, costituito dalla deficienza degli ormoni postipofisari vasocostrittori antidiuretici e dalla prevalenza degli ormoni diuretici, sui quali ho richiamato l'attenzione nei miei recenti lavori sull'argomento.

Possiamo quindi venire alla conclusione che l'iperidrosi è uno dei più frequenti sintomi delle alterazioni diencefaliche d'origine sperimentale e patologica. Essa si osserva sia nei casi in cui sussiste una viva eccitazione dei nuclei simpatici tubero-infundibolari, ad esempio nella loro stimolazione sperimentale, nelle crisi epilettiche, nelle febbri elevate, ecc., come nei casi in cui si nota una deficienza funzionale dei medesimi nuclei e l'iperreattività funzionale dei centri vagotonici, vasodilatatori. L'iperidrosi, nei primi casi si associa ai sintomi simpaticotonici, alla midriasi, all'ipertermia, alla accentuazione dei riflessi pilomotori; nei secondi casi si lega ai fenomeni vagotonici, al rallentamento del polso, alla poliuria, ecc. Questa conclusione si accorda perfettamente con lo studio dei rapporti da me prima descritti tra le modificazioni del sudore e le alterazioni dell'apparato vegetativo, dimostrandoci questi rapporti che l'iperidrosi segue tanto alle lesioni irritative del sistema simpatico quanto alle affezioni determinanti la depressione funzionale del medesimo sistema e la prevalenza del tono parasimpatico.

Esaminiamo le modificazioni della secrezione sudorale nelle affezioni ipofisarie. Esse si collegano spesso con quelle d'origine diencefalica. Sono noti i rapporti anatomici e fisiologici dell'ipofisi con i nuclei infundibolari. I prodotti della secrezione ipofisaria, la colloide, gli ormoni del lobo glandolare sono copiosi a livello dell'*infundibulum* e del *tuber*. Si ammette che la preipofisi per i suoi ormoni regoli la nutrizione dei nuclei diencefalici; le lesioni tubero-infundibolari si riflettono spesso sulla funzione ipofisaria, come le lesioni dell'ipofisi si traducono con i più distinti sintomi diencefalici. Ancora più intimi sono i rapporti tra la postipofisi e i nuclei tuberiani; questi nuclei hanno la medesima struttura del lobo posteriore ipofisario; essi rappresentano, per autorevoli autori, lo stesso organo; gli estratti del *tuber cine-*

reum hanno le medesime proprietà vasocostrittrici della pituitrina. Le lesioni del *tuber* e della postipofisi si traducono di regola con i medesimi sintomi, particolarmente col diabete insipido, spesso associato all'iperidrosi. Il fatto che i due sintomi spariscono in diversi casi colle iniezioni di pituitrina depone in favore della loro comune origine ipofisaria, della tesi cioè che essi siano dovuti all'insufficienza funzionale del lobo posteriore ipofisario.

L'iperidrosi è altresì molto frequente nei casi di alterazioni del lobo glandolare ipofisario Essa è uno dei sintomi più caratteristici dell'acromegalia, di regola legata all'ipertrofia o a un adenoma della preipofisi (Tamburini, Hochenegg, Cluzet e Levy, Claude, Laignel-Lavastine, Renon e Delille). L'iperidrosi è frequente nell'acrodinia, dove l'ipofisi è spesso ipertrofica (Kniper), nella lipodistrofia progressiva (Di Guglielmo ha osservato alcuni casi di questa affezione, nei quali l'iperidrosi si accompagnava a numerosi sintomi simpaticotonici).

L'anidrosi a sua volta si constata spesso nei casi di lesioni distruttive della preipofisi; essa è uno dei sintomi più frequenti della cachessia ipofisaria descritta da Simmonds, e migliora con gli estratti preipofisari. L'anidrosi è stata osservata da Di Guglielmo, da Pincherle, da Keyser e da Schereschewski nella sindrome adiposo-genitale, secondaria alla deficienza funzionale della preipofisi; in questi casi l'anidrosi si associa spesso all'ipotermia, all'insonnia (Keyser), agli edemi (Pincherle). Essa è frequente nell'eunucoidismo tardivo, che ha spesso una origine ipofisaria, ad esempio nei casi descritti da Gandy, da Carlo Rizzo, da Fettgenstein e Kromer, da Fink e da Rumpel. L'anidrosi fu constatata da Gerini nella sindrome genitodistrofica. Beclère, in numerosi casi di acromegalia nei quali l'ipofunzione dell'ipofisi seguì alla sua iperfunzione, vide sostituirsi all'iperidrosi l'anidrosi, che l'A. considera come un sintoma d'insufficienza ipofisaria. Terrien, dopo la radioterapia intensiva dell'ipofisi, notò l'anidrosi associata alla sonnolenza, all'amenorrea, all'obesità e ad altri sintomi d'insufficienza ipofisaria.

Non può quindi sorgere alcun dubbio sull'origine preipofisaria dell'iperidrosi e dell'anidrosi, in un notevole numero di casi. Noi dobbiamo chiederci pertanto se questi sintomi rappresentino la conseguenza diretta della lesione preipofisaria, costituiscano cioè dei sintomi ipofisari propriamente detti, oppure debbano riferirsi alle modificazioni funzionali di altre glandole endocrine, secondarie alle alterazioni ipofisarie.

Ricordiamo brevemente i rapporti funzionali che l'ipofisi contrae con le glandole genitali, con la tiroide e con le surrenali. Le esperienze di Ascoli e Legnani, di Cushing, di Brouha e Simonnet, di Zondek e Aschheim, di Smith e di Aron dimostrano che gli ormoni preipofisari stimolano normalmente la funzione delle glandole sessuali, della tiroide, delle capsule surrenali. L'atrofia e la sclerosi della preipofisi provocano spesso l'atrofia delle ovaie, della tiroide e delle surrenali, come l'iperfunzione del medesimo lobo ipofisario determina frequentemente l'iperplasia o l'ipertrofia della tiroide e delle surrenali.

Si osservano anche fenomeni di supplenza funzionale tra l'una e l'altra glandola; l'atrofia dell'ipofisi provoca talora l'ipertrofia delle surrenali o il fatto inverso, ecc.; l'atrofia ovarica determina spesso l'iperfunzione dell'ipofisi. Alla asportazione di questa ultima glandola segue talora l'ipertrofia della tiroide (Hironori), ecc.

Non si dimentichi che l'iperidrosi è uno dei sintomi più frequenti dell'ipertiroidismo e del morbo di Basedow, come l'anidrosi è quasi costante nell'ipotiroidismo e nel mixoedema. La iperidrosi si constata spesso nelle sindromi di ipersurrenalismo corticale e midollare. Bacq e Hermann videro che le soluzioni di adrenalina aumentano la secrezione sudorale; questa si accentua ugualmente con gli estratti cortico-surrenali (Iscovesco). Swieciki e Hermann attribuiscono i sudori basedowiani all'ipersecrezione di adrenalina che abitualmente si rileva in questi pazienti. L'iperidrosi che si nota nell'iperinsulinismo viene ugualmente attribuita all'iperadrenalinemia consecutiva all'intossicazione insulinica. L'iperidrosi è pure frequente nella menopausa precoce o tardiva, in stretto rapporto con i fenomeni vasodilatatori di questi stati. Ora, ammessa la stretta sinergia funzionale tra l'ipofisi e le altre glandole endocrine, non apparirà, a mio avviso, del tutto ingiustificata l'ipotesi che le modificazioni del sudore che seguono all'alterazione ipofisaria, possano attribuirsi, in numerosi casi, alla ripercussione della lesione ipofisaria sulle altre glandole endocrine. Si osservi difatti che i profusi sudori furono particolarmente constatati nei casi di acromegalia, dove fu rilevata l'ipertrofia della tiroide e delle surrenali (Claude e Baudoin, Azam, Leotta, Marinesco e Minea, Cluzet e Levy, Falta, Salerni, Carnot, Rathery e Dumont, ecc.). Sono stati citati dei casi di acromegalia con iperidrosi, dove erano assenti i sintomi ipofisari e all'autopsia non fu rilevata alcuna alterazione dell'ipofisi (Domenici). L'iperidrosi fu osservata da Khavine in un caso di virilismo surrenale, associato a numerosi sintomi acromegaliformi (l'abnorme sviluppo scheletrico, l'ipertrofia dei piedi, l'ingrossamento della lingua e delle labbra); ed anche in questo caso facevano difetto i sintomi ipofisari, inclusi quelli radiologici. Si ricordano anche dei casi di acromegalia, dove l'iperidrosi si associava ai sintomi d'insufficienza ipofisaria (Foss, Boccia e Palazzo). Audo Giannotti ha de-

scritto un caso di tumore dell'ipofisi con i sintomi d'insufficienza ipofisaria (diabete insipido), d'ipertiroidismo (fenomeni vasomotori, vampate di calore al viso), di ipersurrenalismo (ipertricosi, viva reazione adrenalinica); il paziente presentava una copiosa sudorazione, che venne attribuita dall'A. all'ipertiroidismo. Claude, Azam e Hironori videro l'iperidrosi nei casi di alterazioni ipofisarie determinanti l'ipertrofia della tiroide. L'aumento dei sudori si osserva spesso nell'amenorrea, secondaria alla sclerosi o all'atrofia dell'ipofisi. Eustis e De Buys hanno descritto un caso, in cui una sindrome d'ipopituitarismo fu seguìta dai sintomi dell'ipotiroidismo, e in questo caso la pelle del paziente era secca, rugosa. L'anidrosi è frequentatissima nella cachessia ipofisaria, dove la sclerosi dell'ipofisi provoca di regola l'ipofunzione o l'atrofia della tiroide e delle surrenali. L'anidrosi è frequente nell'eunucoidismo tardivo, spesso legato all'insufficienza funzionale dell'ipofisi e della tiroide.

Come vedesi, sono numerosi i casi, nei quali le modificazioni del sudore, pure avendo una origine ipofisaria, appaiono strettamente connesse con le alterazioni funzionali della tiroide, delle surrenali o delle ovaie, consecutive alla lesione ipofisaria, per cui sembra fondato il sospetto che esse siano la conseguenza diretta di questi disordini endocrini. Questa tesi ci permetterebbe di comprendere il fatto che l'iperidrosi si osserva sia nei casi d'ipertrofia dell'ipofisi, sia in quelli di atrofia della medesima glandola; fatto che resterebbe assai oscuro col concetto che gli ormoni preipofisari stimolino in via diretta la secrezione sudorale.

CONCLUSIONI.

Le turbe sudorali che con speciale frequenza si constatano nelle affezioni diencefaliche si rischiarano notevolmente quando si prenda in considerazione la natura vegetativa dei nuclei tubero-infundibolari e si ricordino gli stretti rapporti anatomici e fisiologici tra l'apparato sudorale e il sistema vegetativo simpatico e parasimpatico. Le glandole sudorali sono innervate da fibre simpatiche e da fibre parasimpatiche (Kuré). Sono frequenti i casi di iperidrosi consecutivi all'eccitazione o alla depressione dell'apparato simpatico, come i casi di iperidrosi legati alla ipertonia vagale. I profusi sudori fanno raramente difetto nelle crisi vagotoniche; il sudore aumenta di regola nelle condizioni fisiologiche o patologiche dove la depressione dell'apparato simpatico si combina con una ipertonia relativa del sistema parasimpatico, ad esempio nel sonno, nella fase risolutiva di febbri molto elevate, nelle sindromi addisoniane. Il fatto che l'iperidrosi si osserva frequentemente sia nelle sindromi simpaticotoniche, sia in quelle vagotoniche si accorda con la tesi che il sistema simpatico e quello parasimpatico, legati tra loro dalle più strette connessioni anatomiche e fisiologiche, presentino una stretta collaborazione nelle loro attività funzionali. È quindi comprensibile che le alterazioni dei nuclei infundibolari, aventi la struttura e le proprietà funzionali dei nuclei simpatici, provochino le più profonde modificazioni della secrezione sudorale. I sudori profusi furono osservati dopo la stimolazione sperimentale di questi nuclei, a lato dei sintomi di ipereccitabilità simpatica (midriasi, ipertermia, tachicardia, ecc.), come nelle lesioni patologiche dei nuclei stessi, le quali determinano un disquilibrio funzionale dei centri vegetativi diencefalici e bulbari, la depressione cioè funzionale dei nuclei simpatici vasocostrittori e la sovraeccitazione relativa dei nuclei parasimpatici vasodilatatori situati nella regione diencefalica e bulbare.

La genesi diencefalica dell'iperidrosi spiega la frequente associazione di questo sintomo con i più noti segni diencefalici, in particolar modo con i disordini del sonno, con le crisi epilettiche, con l'ipertermia, col diabete insipido. È frequente l'iperidrosi nel sonno, attribuito alla depressione funzionale d'un centro simpatico infundibolare regolatore della veglia. Essa si associa spesso all'ipersonno e all'insonnia nell'encefalite epidemica; migliora talora con i barbiturici (Kollert) che hanno un'azione ipnotica elettiva sui nuclei diencefalici. L'iperidrosi è uno dei sintomi più frequenti delle crisi epilettiche che sono spesso l'esponente della brusca reazione d'un centro vegetativo infundibolare epilettogeno (Salmon); la profusa sudorazione si rileva nelle convulsioni che seguono alle intossicazioni d'insulina, di bulbocapnina, determinanti una viva eccitazione dei nuclei diencefalici. Vi è pure un rapporto tra le modificazioni della secrezione sudorale e quelle della temperatura; rapporto che trova una sufficiente spiegazione nel fatto che uno dei principali centri termici dell'organismo risiede nel *tuber cinereum*. La febbre si traduce di regola colla diminuzione del sudore; la sua risoluzione con l'iperidrosi. I profusi sudori si accompagnano all'ipertermia nell'encefalite epidemica e nelle crisi epilettiche che colpiscono generalmente i nuclei diencefalici. È frequente l'associazione dell'iperidrosi col diabete insipido nelle lesioni sperimentali e patologiche dei centri tubero-infundibolari, particolarmente nell'encefalite letargica, nella sifilide cerebrale e nella meningite tubercolare con localizzazioni diencefaliche. L'iperidrosi e l'intensa poliuria migliorano spesso con le iniezioni di pituitrina; ciò che depone per la loro comune patogenesi diencefalo-ipofisaria.

L'iperidrosi si osserva infine frequentemente nelle affezioni ipofisarie. Essa si lega spesso alle lesioni del lobo posteriore ipofisario (sono noti

i rapporti anatomici e fisiologici di questo lobo con i nuclei tuberiani); in questi casi l'iperidrosi, spesso unita alla poliuria, migliora con gli estratti postipofisari.

Le modificazioni del sudore sono particolarmente frequenti nelle alterazioni della preipofisi. L'iperidrosi è frequentissima nei casi di iperfunzione del lobo glandolare ipofisario, nell'acromegalia, abitualmente legata all'ipertrofia adenomatosa della preipofisi, in numerosi casi di acrodinia o di lipodistrofia progressiva in rapporto con le alterazioni ipofisarie. L'anidrosi a sua volta si osserva di regola nelle lesioni distruttive, nella sclerosi o nell'atrofia della preipofisi, in specie nella sindrome di cachessia ipofisaria descritta da Simmonds, nella sindrome adiposo-genitale secondaria all'insufficienza funzionale della preipofisi, nella sindrome genito-distrofica, nell'eunucoidismo tardivo; essa fu rilevata dopo la radioterapia intensiva dell'ipofisi, insieme ad altri sintomi di ipopituitarismo. Vi ha quindi un sicuro rapporto tra le alterazioni ipofisarie e le modificazioni del sudore. Numerosi fatti parlerebbero pertanto in sostegno della tesi che questo rapporto sia solo indiretto. Si rileva che la preipofisi presenta una stretta sinergia funzionale con le principali ghiandole endocrine del nostro organismo, con la tiroide, con le ovaie, con le surrenali. Le alterazioni funzionali dell'ipofisi si traducono di regola con una fenomenologia tiroidea, surrenale, ovarica, ecc. Ora, l'iperidrosi è uno dei più frequenti sintomi dell'ipertiroidismo, l'anidrosi dell'ipotiroidismo. Le iniezioni di adrenalina e di estratti cortico-surrenali aumentano spesso la secrezione sudorale (Bacq, Herman, Iscovesco); l'iperidrosi vien rilevata nelle sindromi di ipersurrenalismo corticale e midollare, nel virilismo surrenale. L'aumento di sudore si osserva di regola nella menopausa e migliora con gli estratti ovarici. Ci chiediamo per queste considerazioni, se i disordini sudorali che seguono alle alterazioni ipofisarie, non debbano attribuirsi alle modificazioni funzionali di altre ghiandole endocrine secondarie alle lesioni ipofisarie. Alcuni dati deporrebbero in favore di questa ipotesi; il dato cioè che l'iperidrosi nell'acromegalia viene particolarmente rilevata nei casi in cui esiste l'ipertrofia della tiroide e delle surrenali; essa fu osservata anche in casi della medesima affezione ove l'ipofisi apparve integra all'autopsia, o in casi in cui si notarono i segni dell'ipopituitarismo. L'anidrosi a sua volta fu ripetutamente constatata in casi di lesioni ipofisarie determinanti l'atrofia della tiroide e i sintomi dell'ipotiroidismo (Eustis e De Buys, Fink). Vi hanno infine dei casi di tumori della ipofisi con i segni di ipopituitarismo e con l'iperidrosi, la quale si associava strettamente ai sintomi dell'ipertiroidismo o della disfunzione ovarica, per cui essa doveva ritenersi la conseguenza diretta di questi disordini endocrini (Claude, Azam, A. Giannotti, Hironori). Il fatto che l'iperidrosi si osserva frequentemente nei casi d'iperfunzione della preipofisi come in quelli d'insufficienza della medesima ghiandola, non si accorda certamente con l'ipotesi che gli ormoni preipofisari eccitino in via diretta la secrezione sudorale.

RIASSUNTO.

Le turbe sudorali che così frequentemente si osservano nelle alterazioni dei nuclei diencefalici devono attribuirsi in gran parte alla natura vegetativa simpatica di questi nuclei ed agli intimi rapporti anatomici e fisiologici del sistema vegetativo, simpatico e parasimpatico, con l'apparato sudorale. Come l'iperidrosi si rileva nelle sindromi simpaticotoniche e in quelle vagotoniche, così essa segue sia all'eccitazione sperimentale dei nuclei tubero-infundibolari, sia alle lesioni dei nuclei stessi determinanti un disquilibrio vegetativo dei nuclei diencefalici e bulbari regolatori della secrezione sudorale. Questo squilibrio vegetativo segue spesso anche alle lesioni della postipofisi, ed in questi casi iperidrosi, spesso associata al diabete insipido, migliora insieme a questo sintoma con gli estratti postipofisari.

Le modificazioni sudorali che si osservano nelle lesioni della preipofisi possono difficilmente attribuirsi ad una azione stimolatrice diretta degli ormoni preipofisari sulla secrezione sudorale, osservandosi sia nelle alterazioni iperplastiche, sia in quelle distruttive della preipofisi. Esse devono riferirsi con ogni probabilità al fatto che queste alterazioni si riflettono abitualmente sulla funzione di alcune glandole endocrine (tiroide, surrenali, ecc.), la secrezione delle quali stimola in via diretta l'attività delle glandole sudorali.

BIBLIOGRAFIA.

Aron. C. R. Société de Biologie, 1931.
Ascoli e Legnani. Congr. internaz. di Patologia, Torino, 1911.
Audo-Giannotti G. B. Minerva Medica, 1927, n. 12.
Ayala G. Policlinico, Sez. Prat., 1929, n. 34.
Bacq. C. R. Soc. Biologie, 1931, n. 22.
Babonneix et Lhermitte. Annales de Médecine 1925.
Barmann. Citato da Mouzon. Presse Médicale, 1923, n. 10.
Barry D. T. Brit. med. Journ., 1933, 3 June.
Benard. B. et Mém. Société des Hôpitaux, 1922.
Beclère. Revue Neurologique, 1922, pag. 815.
Boccia D. e Palazzo. Rev. Sud-Americana, 1930.
Bogaert Van et Martin. Revue Neurol., 1928, v. II.
Brouha et Simonnet. Paris Médical, 1930, n. 43.
Campanacci. Riv. crit. di clin. medica, 1923.
Claude et Tinel. B. et Mém. Soc. des Hôp., 1925.
Cluzet et Levy. Revue Neurolog., 1917, II vol.
Cordier, Morenos et Dechaume. Ibid., 1926, I vol.
Cushing. Lancet, 1930.

DEMOLE. Arch. f. exper. Pathol., 1927.
DI GUGLIELMO. *Sindromi neuro-ipofisarie*. Ist. Ed. Scient., 1928.
DOMENICI. Rivista medica, 1911.
DOTT. Citato da C. RIZZO.
EUSTIS e DE BUYS. Journ. of nerv. ment. dis., 1923, aprile.
FARMACHIDIS. Riforma medica, 1919, n. 39.
FINK. Endocrinology, 1926.
FOSS. Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, 1905, n. 79.
FULTON e BAYLEY. Journ. of nerv. ment. dis., 1929.
GANDY. Soc. méd. des Hôpitaux, Paris, 1907.
GERINI C. Il Cervello, 1926, n. 4.
GIANNULI F. Riv. sperim. di Freniatria, 1921.
GREVING. Klin. Woch, 1928, 25 aprile.
HERMANN. C. R. Société de Biologie, 1925.
HESS. Ibid., 1930.
HIRONORI. Citato da C. RIZZO.
HOUSSAY e MOLINELLI. C. R. Société de Biologie, 1925.
ISCOVESCO. Ibidem, 1913.
KARPLUS e KREIDL. Pfluger's Archiv, 1912.
KEN KURÉ, SAEGUSA, KAWAGUKI e JAMAGATA. Quarter. Journ. of exper. physiol., 1931, agosto.
KEN KURÉ, KENDA, WARABAYASHI e OKINAKA. Journ. of exper. phisiology, 1933, n. 11.
KEYSER. Revue Neurolog., 1918, n. 2, pag. 95.
ID. Presse Médicale, 1920.
KHAVINE J. B. Revue franç. d'endocrinologie, 1931, n. 6.
KOLLERT. Wien Klin. Woch, 1932.
LERICHE et FONTAINE. Presse médicale, 1928, v. II.
LESAGE et ABRAMI. Arch. génér. de Méd., 1906.
LHERMITTE. Annales de Médicine, 1933, n. 3.
MARINESCO, SAGER e KREINDLER. C. R. Soc. de Biologie, 1930, n. 1.
MOUZON. Presse Médicale, 1923, n. 10.
NICOLESCO J. M. Revue Neurolog., 1929, vol. II.
PARI G. A. Gazz. degli ospedali e cliniche, 1916, 23 nov.
PINCHERLE M. Riv. di clinica pediatrica, 1920.
PONTICACCIA. Giorn. di Clin. Med., 1925.
RIZZO C. Rivista di Neurologia, 1929, aprile.
RITTER et ROLLET. Citati da LUCIANI L. *Fisiologia dell'uomo*. Soc. Editr. Libraria, Milano.
ROUSSY e MOSINGER. Revue Neurologique, 1933.
SALMON A. *La fisiopatologia del sonno*. Ed. L. Cappelli, Bologna, 1930.
ID. *Sul meccanismo delle crisi epilettiche*. Studium, 1930.
ID. *Quelques considérations sur la pathogénie du diabète insipide*. Arch. suisses de Neurologie, 1933, n. 1.
SCHERESCHEWSKI. Revue franç d'endocrinologie, 1931, n. 2.
SIGNORELLI E. Acc. med. fisica di Firenze, 1922.
STEFANI e VASO in Atti Accad. sc. lettere. Venezia, tomo 61, 1901-2.
SWIECIKI. Presse médicale, 1921.
TERRIEN. Presse médicale, 1922, n. 40.
TINEL. Revue Neurol., 1928, p. 1, Ibid., 1926, n. 1.
THOMAS A. Ibid., 1932, n. 5; Encéphale, 1920, n. 4.
TÜCKER. Americ. Journ. of medic. scienc., 1920.
URBANTSCHITSCH. Wien. Klin. Woch., 1904.
VALOBRA. Accad. med., Torino, 1920.
VILLA e GAVAZZENI. Policlinico, Sez. Med., 1932.
WORMS. Revue Neurolog., 1929, vol. II.
ZONDEK. Munch. Mediz. Woch., 1926.

RICONOSCIMENTI E RIVENDICAZIONI

Un riconoscimento al prof. Schiassi.

Pubblichiamo una lettera che H. Cushing ha fatto pervenire al « Morgagni », e della quale ci è stata data comunicazione, in argomento della genesi dell'ulcera gastro-duodenale:

PETER BENT BRIGHAM HOSPITAL
Boston, Mass.

Giugno 21, 1933.

All'Editore del « Morgagni ».

Caro Signore,

L'articolo del Prof. Ajevoli nella sua rivista del 29 gennaio, richiama l'attenzione sulla mia spiacevole mancanza di non avere nella mia conferenza su « Peptic ulcers and the Interbrain » dato il dovuto credito all'Insigne Chirurgo Prof. Schiassi che ha sì frequentemente espresso le sue opinioni concernenti le relazioni degli impulsi nervosi alla produzione delle ulcere.

Non è necessario dire che la bibliografia sul soggetto dell'ulcera è così voluminosa che è quasi impossibile trattarla del tutto. Sono obbligato nello stesso tempo a confessare la mia maggiore famigliarità con la letteratura tedesca che tratta di questo soggetto che non con l'italiana. Io conoscevo molto bene l'interesse del Prof. Schiassi per il trattamento chirurgico delle ulcere, perchè uno dei suoi articoli era stato pubblicato fin dal 1925 in un giornale americano tradotto dal suo e mio compianto amico fu Dottor Paolo de Vecchi di New-York.

Era mia impressione che l'interesse del Professor Schiassi su questo soggetto fosse largamente tecnico e avevo completamente perduto di vista le sue idee molto bene espresse nei riguardi della etiologia della lesione perchè non avevo ancor visto il suo importante lavoro pubblicato in « Festschrift » per Augusto Murri (1911).

Nel mio articolo mi diedi pensiero di rinunziare ad ogni originalità da mia parte e nè meno suggerii che i centri ipotalamici emozionali potessero essere proprio i responsabili delle ulcere. Io semplicemente cercai di riunire le prove evidenti che riguardano la concezione neurogena delle ulceri dal tempo di John Hunter sino ad oggi.

Dall'avere perduto di vista in questo storico sguardo l'importanza della contribuzione del Prof. Schiassi che prevenne l'Ewald ed il Bergmann mi riempie ora di dispiacere e spero che Egli vorrà accettare questo mio pubblico riconoscimento.

Sinceramente vostro

HARVEY CUSHING, M. D.

Ancora una piccola rivendicazione.

La recensione comparsa nel N. 41 del nostro diffuso e pregiato « Il Policlinico » sul libro di viaggi di M. Henry de Monfreid, il quale narra che nel 1914 vide eseguire in Somalia una sutura con mandibole di termiti, applicate vive sui margini ed uccise di colpo, mi spinge a ricordare che tale descrizione fece nel 1845 il Prof. Salvatore Furnari, il quale dopo ciò che vide, inventò la *sutura metallica*.

Egli narra nel suo *Voyage Médicale dans l'Afrique septentrionale* — Paris, J. B. Baillière, rue de l'école de Médecine, 17, 1845, a pag. 310-311, — che avendo visto gli arabi suturare le ferite applicando sui margini le mandibole a croce d'insetti carnivori, *scarito pyracmon*, e strappando ad essi d'un tratto il torace, gli nacque l'idea che una simile ingegnosa sutura sarebbe giovata in autoplastica e soprattutto in blefaroplastica, dove spesso la sutura a fili riusciva nociva, per la introflessione dei margini. Raccolse quegli insetti, li mostrò a M. Charrière e si fece costruire delle morsette a croce, come le mandibole dell'escarito e le chiamò *serres-fines*, aggiungendo che il loro impiego si poteva rendere utile nell'entropion, nelle fistole perineali, retto e vescico-vaginali, e nell'enterorrafia; aggiunse, *loco citato*, che la sutura con mandibole d'insetti era nota all'antica medicina araba e che i traduttori d'Albucasis dissero che gli arabi l'usavano per le ferite dell'intestino.

Quindi la sutura metallica fu *ideata ed eseguita* dal Furnari nel 1845.

Il chirurgo Vidal de Cassis, pochi anni dopo, trasportò in cima la molla delle *serres-fines* e le chiamò col suo nome. (F. Occhini, *Trattato di medicina operatoria*. Vol. I, pag. 65. Casa Vallardi). Esse vanno ora in commercio col nome di agrafes di Herff.

In epoca posteriore il Miscel, sostituendo le morsette incrociate con le agrafes, la molla con la comune pinza, portò a battesimo per il mondo la sutura metallica, mettendo in dimenticatoio il vero inventore.

Così ci vien preso anche quello che il Foscolo, filofrancese e filoinglese, credeva intangibile, il pensiero cioè, e la memoria.

Salvatore Furnari nacque a Novara di Sicilia nel 1808; compiuti gli studi classici nel collegio di Bronte e quelli di medicina a Palermo (1830), si recò prima a Napoli poi a Parigi. Quivi con lo studio indefesso in scienze naturali, chimica, indi in oftalmologia, divenne in entrambe maestro, ed assurse ai più alti onori scientifici e sociali.

Fu prescelto dal Governo Francese per una missione scientifica in Algeria (1840) per studiare e curare una grande oftalmia scoppiata fra le truppe e la popolazione.

Fornito di tutti i mezzi, disimpegnò l'incarico con grande perizia ed ottimi risultati, esposti nel *Voyage Médicale*.

Fu Cavaliere della Legion d'Onore, del Merito Civile di Francesco I; ebbe medaglie d'oro, d'argento e bronzo dalle primarie associazioni scientifiche, delle quali fu membro onorario. Nel 1862, già Cavaliere dei SS. Maurizio e Lazzaro, fu chiamato dal Governo Italiano alla cattedra di clinica oftalmica a Palermo, dove molto prima aveva rifiutato quella di chimica medicinale e farmaceutica, chiamato dalla facoltà.

Quivi lo colse improvvisa la morte, nella promettente e florida maturità dei 58 anni, mentre trasfondeva il suo vasto sapere alla gioventù siciliana e quando si preparava a raccogliere in un dizionario oftalmico le sue conoscenze cliniche, i suoi metodi operativi, fra cui rimase celebre *la tonsura della congiuntiva*, proposta per la guarigione del panno corneale, della cheratite fasciculata... con cui aveva reso la vista ad infiniti ciechi.

Insieme con le numerose monografie di oftalmologia, che lo resero noto a tutti i dotti di Europa (vedi v. 5° delle *Ricerche storiche su Novara Sicilia* per Mons. Can. Salvatore Di Pietro. Palermo, Tipografia Pontificia), grandi interessi destarono quelle di chimica industriale sopra l'estrazione dello zucchero dal *cactus indica* e quella sopra la Brionia.

Anche nel campo della medicina del lavoro rifulse l'ingegno poliedrico e l'operosità instancabile del Furnari. Vero continuatore del Ramazzini, scrisse sulle malattie degli occhi in rapporto alle professioni, ai mestieri, alle condizioni igieniche dei lavoratori in *De morbis artificium diatriba*, libro ammirato da tutti i dotti d'Europa del tempo, e di recente giudicato dal Prof. G. Lodato della Clinica di Palermo (*L'Oftalmologia in Sicilia, dal Rinascimento ai nostri tempi*. Palermo, Tipografia Arti Grafiche, 1927; *Rivista Sanitaria Siciliana*, N. 9, 1927), *vero trattato* sul nuovo capitolo delle malattie del lavoro.

Si pone termine ricordando che il Furnari fu forse il primo a trattare dell'igiene dei fanciulli sul lavoro, alzando la voce contro l'abuso di essi nelle manifatture, dimostrandone i danni alla salute ed alla vista e determinando dai governi (Francia, 1841) la prima legge sulla protezione dei fanciulli sul lavoro.

Novara Sicilia (Messina), 30 ottobre 1933-XII.

Dott. GIUSEPPE SOFIA.

DIVAGAZIONI

Le stigmate cutanee dei mistici.

Da San Francesco d'Assisi in poi sono note le stigmate cutanee dei mistici, che si presentano sulle parti del corpo in cui Gesù ha sofferto dalla condanna alla morte. Corrispondono pertanto alla corona di spine, alla flagellazione, all'impressione della croce sulle spalle, alla crocifissione.

La Chiesa cattolica conta oltre 300 stigmatizzati, di cui oltre 60 sono stati santificati. Ben note sono, oltre San Francesco, varie Caterine (de' Ricci, di Bologna, di Siena, di Genova). Anche i nostri tempi hanno dato non pochi stigmatizzati (se ne citano 29 nel secolo scorso e recentemente i casi della Ajello (di Montalto Uffugo) e di Teresa Neumann che è stata oggetto di studio da parte di J. Ewald (*Münch. med. Wochens.*, 1927, n. 46).

Le stigmate sono state descritte diversamente secondo i tempi e le intenzioni del descrittore. Tommaso da Celano, nell'accennare a quelle di San Francesco, parla dei chiodi e della lancia. I moderni sono più precisi e meno teologici. Janet (che ha studiato Maddalena X. alla Salpétrière) descrive delle erosioni alle mani ed ai piedi, che si producevano uno o due giorni prima delle mestruazioni o dopo forti emozioni; essa aveva altresì sul corpo un disegno di croce od altri segni che, dal punto di vista dermatologico, dovevano considerarsi come dermografismo od ecchimosi.

La Neumann aveva, al dorso delle mani e dei piedi delle formazioni larghe quanto una moneta da 10 centesimi, leggermente elevata, crostosa (la crosta non cade mai); il giorno prima dell'estasi, la lesione presentava un aspetto fresco, rosso scuro, brillante, ma non umido. Alla superficie interna, delle mani e dei piedi, si avevano invece delle formazioni più piccole, triangolari, grandi quanto mezza lenticchia. La così detta « ferita del cuore » era costituita da una crosta bruno-scura al disopra della IV cartilagine intercostale sinistra, presso allo sterno. Durante l'estasi, si osservava una stria di imbibizione edematosa la quale secerneva, come si trattasse di sudore, delle goccioline di un liquido acquoso che, scolando prendeva un colore sanguigno. Al microscopio si riscontrò effettivamente del sangue.

Come osserva C. Simon (*Bull. méd.*, 21 ott. 1933) dal punto di vista dermatologico tutti gli AA. che hanno osservato gli stigmatizzati sono concordi per riconoscere l'autenticità delle lesioni localizzate alle mani, ai piedi, alla fronte, alla spalla, ai fianchi. Si tratta sia di dermografismo, sia di ecchimosi, sia di erosioni squamose, sia di croste ematiche più o meno spesse. Le stigmate danno del sangue per una specie di diapedesi.

Sebbene vi siano stati dei mistificatori, si deve ammettere in gran parte dei casi, la buona fede. Si è osservata, con la lente, la fuoriuscita del liquido di cui si è controllata la natura sanguigna al microscopio; la quantità di liquido che fuoriesce è tale che non può essere facilmente prodotta da una lesione artificiale; d'altra parte non si tratta di sangue puro, ma di un liquido sanguinolento, il che non potrebbe aversi con una lesione artificiale. Verso la fine dell'estasi, poi, si ha l'alterazione delle stigmate, che indica una modificazione dello stato somatico.

Per spiegarne la genesi, Ewald ammette che si possono produrre allo stato di suggestione e di ipnosi delle emorragie varie, come pure la necrosi della pelle, naturalmente in una costituzione particolare, dal punto di vista neurologico. La localizzazione delle stigmate è determinata dal carattere dell'avvenimento.

Simon, invece, esclude che una qualsiasi lesione cutanea possa prodursi per suggestione od autosuggestione. Ma è probabile che, in individui di una costituzione psicogena speciale, fatta d'immaginazione e di iperemotività, un traumatismo lieve, che in persone normali non lascierebbe traccia, possa dare delle lesioni diverse, dall'ecchimosi all'escara. Si sono trovati, del resto, in molti di questi psicopatici dei disturbi della crasi sanguigna che li avvicinano agli emogenici ed agli emofilici. Molti di essi hanno un'alimentazione assai ridotta, il che li può far ritenere in stato di carenza alimentare, analoga allo scorbuto in cui si ha la predisposizione al sanguinamento.

Grande importanza ha il sistema nervoso. Sono noti i disturbi cutanei di certe lesioni del midollo spinale; i parkinsoniani hanno talora delle dermatosi che sembrano connesse con lesioni dello striato. Marinesco e Claude rilevando l'analogia di certi sintomi postencefalitici con quelli detti isterici, emettono la ipotesi che dei disturbi funzionali dei centri diencefalici stiano alla base dell'isterismo. Tali disturbi potrebbero spiegare le lesioni cutanee e la grande suggestibilità degli isterici e dei postencefalitici.

Negli stigmatizzati, avremmo quindi: la psicopatia (forse condizionata da disturbi funzionali dei centri diencefalici), i disturbi vasculo-sanguigni (forse condizionati od aggravati dalla carenza alimentare), una costituzione immaginativa ed iperemotiva; si avrebbe così un terreno su cui un lieve traumatismo, volontario od incosciente, sviluppa una lesione cutanea. *fil.*

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Sui rapporti tra gastrite cronica e cancro dello stomaco.

(G. CAVALLACCI. *Pathologica*, 15 agosto 1933).

P. Benedetti, da una serie di indagini antropometriche, morfologiche e anamnestiche condotte su una serie di 600 cancerosi ha concluso che in linea generale il processo cancerigno preferisce i soggetti normosomici e normotipici; inoltre l'anamnesi familiare dimostra che i colpiti da affezioni carcinomatose appartengono per lo più a famiglie sane e provengono con grande frequenza da genitori longevi; dall'anamnesi personale fisiologica risulta che la massima parte degli infermi esaminati ha posseduto in tutto il corso della vita un alto grado di resistenza e di robustezza; infine dall'anamnesi personale patologica si nota una limitatissima morbilità antecedente l'insorgenza del cancro.

Il Benedetti afferma inoltre per il cancro una disposizione di organo in generale e trova anche per l'organo che il processo cancerigno colpisce prevalentemente organi normali, sani e particolarmente robusti, riferendosi particolarmente allo stomaco.

Dalle su esposte concezioni del Benedetti l'A. è stato condotto a studiare i rapporti esistenti fra processi infiammatori cronici e processi neoplastici, scegliendo come organo di studio lo stomaco. A tale studio l'A. è stato spinto, oltre che dalla importanza dottrinale dell'argomento, anche dalla possibilità di applicazioni pratiche che potrebbero derivare dal negare qualunque rapporto tra processo infiammatorio o ulcerativo e processo blastomatoso, il che porterebbe a non dare alcuna importanza a tutti quei svariati agenti fisici, chimici, parassitari, ecc. che da tempo furono ritenuti cause predisponenti, attraverso uno stato infiammatorio e comunque irritativo, alla produzione del cancro.

L'A., nel suo studio ha compreso anche i neoplasmi benigni, i polipi, sia perchè rappresentano anch'essi un vero e proprio processo blastomatoso, sia perchè è facile la loro trasformazione in un processo maligno. L'A. nel suo studio per ogni caso ha raccolto la diagnosi anatomica, ha descritto macroscopicamente il tumore e lo stomaco, poi ha tagliato un frammento del tumore e due frammenti della parete gastrica a differente distanza dalla zona neoplastica ma sempre in maniera che il frammento più vicino fosse distante da essa circa quattro dita trasverse.

Lo studio di 27 casi dimostra come i polipi insorgano generalmente sul terreno di una gastrite cronica ipertrofica già rilevabile macroscopicamente all'esame della mucosa gastrica. Riguardo ai cancri, solo in tre casi l'A. non ha trovato il processo infiammatorio della parete gastrica, la quale invece si dimostrava invasa dal processo neoplastico. Nei rimanenti 20 casi ha trovato sempre un processo infiammatorio della parete, a tipo di pangastrite. Quanto al tipo della gastrite, solo in 5 casi essa era ipertrofica, negli altri era atrofica.

È questa gastrite primaria o secondaria? Dal fatto che il reperto di gastrite era uguale nei due frammenti escissi a diversa distanza dal tumore, dalla sua diffusione a tutto lo stomaco e dalla mancata diffusione al duodeno e all'esofago nei casi in cui il tumore si trovava nelle vicinanze o dell'orificio pilorico o dell'orificio cardiaco e dal fatto infine che l'esperienza necroscopica dimostra pressochè costante negli individui attempati un processo gastritico cronico, l'A. trova elementi sufficienti per negare che la gastrite che si accompagna al carcinoma gastrico sia secondaria a quest'ultimo.

Dimostrata così la priorità della gastrite rispetto al cancro, l'A. si domanda: è il cancro indipendente dal processo gastritico o è dipendente? ed in quest'ultimo caso il processo infiammatorio fino a qual punto gioca nella genesi del processo blastomatoso?

Riguardo alla prima domanda, è noto che per alcune forme di gastrite, come la poliposa, sarebbe difficile non ammettere degli stretti rapporti col processo cancerigno in quanto è stata in vari casi accertata la trasformazione di polipi in cancri; inoltre la patologia sperimentale e la patologia umana hanno dimostrato che uno stato infiammatorio cronico è capace di deviare l'equilibrio morfologico e biologico della cellula normale verso lo stato neoplastico. Quale sia l'intimo meccanismo di tale deviazione atipica morfologica e biologica della cellula ancora ci sfugge, ma il fatto esiste e l'esperienza lo dimostra. Certo il fenomeno è molto complesso ed è probabile che insieme a condizioni locali (processo infiammatorio) agiscano anche condizioni generali. Bisogna ammettere l'esistenza di un habitus oncologico, per cui il processo neoplastico non sarebbe altro che la risultante di una combinazione tra fattore endogeno predisponente (habitus oncologico) e fattore esogeno determinante (stimoli infiammatori), l'uno e l'altro necessari nella patogenesi del processo neoplastico.

C. TOSCANO.

La sindrome colica fetida nei bambini.

(P. NOBÉCOURT. *Paris Médical*, 4 nov. 1933).

La sindrome colica fetida, caratterizzata dall'odore fetido, talora anche putrido delle feci, è molto più frequente della sindrome colica muco-membranosa e della sindrome colica dissenteriforme e muco-emorragica.

Vi è in genere costipazione. Il bambino ha una evacuazione quotidiana o, più general-

mente, una evacuazione ogni due, tre, quattro giorni. Le feci sono generalmente assai voluminose, molli, pastose, di aspetto e consistenza uniformi oppure grumose, di colore bruno o biancastro o grigiastro. Ad un esame attento si può mettere in evidenza filamenti o piccoli ammassi di muco coagulato grigiastro, giallastro o verdastro. Non vi è sangue.

In molti malati, di tempo in tempo, accidentalmente, in modo passeggero, le feci divengono più frequenti e la loro consistenza si modifica. Sono talora molli, semiliquide, talora mescolate a materie dure; il muco coagulato è più evidente.

Queste modificazioni delle feci possono persistere per due o tre giorni ed anche più, specie se non si istituisce un trattamento conveniente.

Quali che siano i caratteri delle feci, il loro odore è sempre fetido o putrido ed il cattivo odore si accentua durante i periodi in cui la costipazione fa posto ad uno stato diarroico.

L'aspetto dell'addome è generalmente normale. La palpazione può provocare, in alcuni bambini, della sensibilità o anche un dolore sia lungo tutto il grosso intestino sia su di una porzione di esso. In quest'ultima eventualità bisogna precisarne la sede ed i caratteri e al bisogno ricorrere anche all'esame radiologico, perchè la combinazione di una sindrome colica e di una appendicite non è rara.

Simultaneamente si possono constatare delle modificazioni della consistenza e del calibro del colon, che è talora molle, dilatato, talora contratto, le due modalità potendo riscontrarsi nello stesso soggetto in periodi diversi o contemporaneamente in tratti diversi del colon. Non è raro il gorgoglio.

Il fegato è spesso ingrossato, mentre la milza è normale.

L'alito è talora fetido, specie il mattino a digiuno (qualche volta alito acetonico), la lingua è bianca ma non saburrale, l'appetito è irregolare, spesso mediocre o nullo, la digestione gastrica è spesso lenta, penosa e si accompagna a sensazioni di pesantezza epigastrica, i vomiti alimentari o muco-biliari sono rari.

Questi diversi sintomi sono legati ad una dispepsia gastrica ipostenica, che spesso complica la sindrome colica fetida.

Le urine, in generale poco abbondanti e fortemente colorate, contengono indacano e non raramente albumina. La pelle è pallida, terrea o anche subitterica.

In generale i bambini sono magri e tristi, apatici, irritabili, poco attivi. Si stancano facilmente, hanno spesso cefalea e tendenza alla sonnolenza. Si constata spesso tachicardia o bradicardia, pressione arteriosa debole, un cuore dilatato.

La temperatura è normale o modificata per uno stato subfebbrile: lo scarto fra le temperature del mattino e della sera raggiunge anche a riposo 1°. Di tempo in tempo si possono verificare delle *poussées* febbrili più o meno importanti e durature.

La sindrome colica fetida è essenzialmente cronica. Inizia subdolamente, raramente durante i primi mesi di vita, più spesso a partire dal sesto od ottavo mese e dal secondo anno, più abitualmente durante la media e la grande infanzia.

All'origine della sindrome si trova sempre una alimentazione difettosa. Per i piccoli bambini è un allattamento artificiale mal condotto o, nel periodo dello svezzamento, il prolungamento del regime latteo esclusivo, l'abuso delle uova, l'uso troppo precoce della carne.

Durante la media e la grande infanzia è ancora l'abuso del latte, delle uova e della carne. All'abuso degli alimenti azotati di origine animale si associa in generale la restrizione degli alimenti del regno vegetale.

Ai fattori esogeni si aggiungono poi dei fattori endogeni, individuali, più o meno dipendenti da fattori ereditari, specie l'eredità epatica. L'ambiente ha pure la sua importanza.

Nel corso dell'evoluzione cronica della sindrome colica fetida sopravvengono assai spesso degli episodi acuti, che realizzano la *sindrome colica acuta*. I sintomi abituali si esagerano, appare la febbre. Gli errori diagnostici sono facili, ma la storia del malato, l'assenza di segni di altre malattie, le ricerche di laboratorio, i risultati del trattamento fanno fare o confermano la diagnosi.

Quanto alla patogenesi, essa è denunciata dal cattivo odore delle feci, dovuto a processi di putrefazione da pullulazione anormale di batteri proteolitici anaerobi, favorita dall'abbondanza dei residui azotati insufficientemente elaborati. I prodotti della putrefazione determinano delle reazioni della mucosa del colon ed una intossicazione generale, che sono responsabili dei sintomi digestivi e dei fenomeni generali. Per le sindromi acute è probabile che intervenga una batteriemia.

La profilassi risiede anzitutto nell'igiene alimentare: allattamento ben regolato, svezzamento metodico a tempo debito, più tardi regimi misti appropriati all'età del bambino.

Il trattamento ha per base il regime alimentare, che deve essere antiputrido e antianafilattico. Esso comporta: da una parte la soppressione momentanea o la restrizione degli alimenti azotati di natura animale, del latte, della carne e sopratutto dell'albume d'uovo, e la loro sostituzione con yogourth, kefir, ecc.; d'altra parte l'impiego esclusivo o predominante di farine di cereali e di leguminose ricche in carboidrati, di legumi e di frutta.

Al regime alimentare si associa una terapia medicamentosa, che si propone di raggiungere un certo numero di obbiettivi.

1) Stimolare le secrezioni digestive, la secrezione pancreatica, le funzioni epato-biliari, con le acque minerali e sopratutto con soluzioni saline che si fanno bere tre quarti d'ora circa prima di ogni pasto (p. es.: cloruro di magnesio e di sodio ana gr. 2, bicarbonato di sodio e solfato di sodio ana gr. 5, acqua bollita fino a un litro).

2) Realizzare l'antisepsi del grosso intestino con degli antisettici biologici (ingestione di culture viventi di bacilli lattici) e con gli antisettici chimici insolubili (benzonaftolo), ecc.

3) Supplire le secrezioni digestive deficienti con la pepsina e l'acido cloridrico, il succo gastrico naturale, l'estratto di pancreas attivato dall'enterochinasi della mucosa duodenale, la bile, ecc.

4) Combattere certi fenomeni con una medicazione sintomatica.

Durante le fasi acute si prescrive un trattamento episodico (dieta idrica, decozione di avena, brodo di legumi, solfato di sodio a dosi decrescenti, ecc.) seguito da una rialimentazione graduale e dal trattamento di fondo.

C. TOSCANO.

I fibromi, fibromiomi e miomi del retto.

(BENSAUDE, CAIN, POIRIER. *Arch. d. mal. d. l'app. digest.*, n. 4, aprile 1933).

Questi tumori rettali somigliano stranamente ai tumori simili descritti nell'utero; come questi ultimi si dividono in *intracavitari, intraparietali e estrarettali*. Tutti sono d'accordo sulla loro rarità.

I due sessi sono colpiti con eguale frequenza; circa l'età si hanno soprattutto tra i 30 e i 50 anni. L'inizio è latente e precede forse di molto l'epoca delle prime manifestazioni cliniche. La loro etio-patogenesi è ignota.

Dopo un periodo di latenza si manifestano anzitutto con *sintomi funzionali*; tra questi molto frequente è la *procidenza* del tumore, specie in occasione di sforzi addominali, o di parti, più spesso ancora durante la defecazione. Carattere importante sarebbe il modo brusco con cui il tumore fuoriesce e rientra. Avvenuta la riduzione del tumore nel retto possono sorgere dolori. È interessante notare che avvenuta la riduzione, questa si mantiene fino alla nuova evacuazione.

La *stitichezza* è varia: nulla, irregolare o ostinata.

Al di fuori della procidenza e della stitichezza gli altri sintomi passano in seconda linea. Tali i *dolori* variabili per intensità e caratteri. Spesso vi è tenesmo.

Frequenti sono le *emorragie* che però assai spesso vanno riportate a coesistenti emorroidi.

Sintomi obiettivi. — Il margine dell'ano non presenta nulla di anormale, oppure qualche emorroide. Alla palpazione rettale si urta contro il tumore che è mobile, circoscrivibile, isolabile dalle pareti del retto, ove si ritrova con facilità, in genere, il punto di impianto del peduncolo, che può essere leggermente doloroso. La consistenza è dura, resistente. Le pareti rettali si conservano morbide, e mobilizzabili. Il dito può spesso esteriorizzare il tumore (belle figure nel lavoro originale); ma talora ciò non riesce. Fuori dell'ano appaiono come masse irregolarmente sferiche paragonate da tutti gli AA. a frutta (prune, castagne, pere, pomidoretti, patate). La superficie è regolare, talora lobata. Il colore è roseo, rosso vivo, talora un po' cianotico. Il tumore è liscio, leggermente umido, senza erosioni. Può essere ulcerato, specie se è rimasto prolassato per vari giorni. Si vede in genere bene il peduncolo di lunghezza varia, coperto da mucosa fine normale; talora con qualche vaso turgido. La trazione sul peduncolo è dolorosa.

L'*esame endoscopico* non mostra altri caratteri oltre i predetti.

Le *condizioni generali* si mantengono eccellenti.

Evoluzione è difficile a precisare, e varia assai di rapidità. Vanno anche valutati i vari gradi di tolleranza individuale.

La *prognosi* è benigna. Non degenerano mai in cancri; la loro asportazione è facile e di risultato benefico definitivo.

Anatomia patologica: i caratteri macroscopici sono già stati descritti parlando dell'esame obiettivo. Istologicamente si devono distinguere dei fibromi puri, dei fibromiomi e dei miomi puri. I più frequenti sono però i tipi misti. Circa l'istogenesi gli AA. per la prima volta richiamano l'attenzione sulla presenza di follicoli piliferi e di glandole sudoripare nei tumori esaminati. Questa constatazione è insolita in un tumore nato in una zona ove sono assenti tutti gli annessi ectodermici. E data questa constatazione non si può non stabilire un ravvicinamento tra questi tumori e i tumori misti del retto di cui le cisti dermoidi sono l'espressione più tipica. Ciò permette di sostenere senza inverosimiglianza la loro origine congenita.

Diagnosi. — Il *cancro del retto* irregolarmente bottonuto, fragile, sanguinante, si differenzia facilmente. Il *tumore villoso* è lobulato, molle, dà uno scolo mucoso, talora mescolato a sangue, tipico. L'*adenoma isolato* del retto si distingue per il colore rosso vivo, perchè sanguina al minimo tocco, ed ha un peduncolo esilissimo.

Le *papilliti* sono di aspetto del tutto differente: sono escrescenze piramidali, a largo impianto, ad estremità affilata bianco-grigiastra sulla punta, lunghe fino a 1 cm. e 1/2. Sono raramente uniche, per lo più multiple, danno all'ano un aspetto crespato caratteristico.

I *polipi sopraemorroidari* sono più alti e, come dice il loro nome, si impiantano con la

base su una varice emorroidaria, mai in mucosa sana.

Possono esistere nel retto dei *neurinomi da malattia di Recklinghausen* ma la distinzione si fa per la coesistenza di una neurofibromatosi generalizzata.

Difficilissima è invece la diagnosi differenziale con quelle formazioni voluminose, ben peduncolate, di aspetto fibroso che si trovano talora in certe *rectiti;* qui guida solo un po' la coesistenza dei segni di proctite (mucosa infiammata, ulcerata, stenosi ecc.).

Talora perfino dei *pacchetti emorroidari* possono essere così modificati da rendere possibile la diagnosi solo con l'esame istologico.

Talora il *sarcoma del retto* può parere un tumore benigno, specie nelle forme circoscritte. Ed in qualche caso decide solo la biopsia.

Anche il *sarcoma melanotico* assume nel retto un aspetto poliposo, ma il suo colore non permette errori.

Il *lipoma del retto* è clinicamente non differenziabile. Solo l'istologia ne permette la identificazione.

Terapia: è l'estirpazione chirurgica. Tutti i processi sono buoni. L. Tonelli.

MISCELLANEA.

Malattie associate all'anemia perniciosa.

(G. F. Wilkinson. *The Quarterly Journal Med.*, luglio 1933).

L'associazione dell'anemia perniciosa con altre malattie è stata già notata da vari AA. e tentativi di far risalire tali condizioni ad un medesimo fattore etiologico non sono mancati. Nella maggior parte dei casi la coesistenza delle due malattie era chiaramente dimostrabile mentre in casi più rari il predominio di una di esse mascherava più o meno completamente il quadro dell'altra. Lo studio statistico di 370 casi di anemia perniciosa con o senza segni di lesioni spinali, ha convinto l'A. che molte sono le condizioni morbose che possono precedere, seguire o coesistere con l'anemia perniciosa, senza per altro avere alcuna apparente relazione causale con essa. In 86 dei 370 paz. studiati (23,2 %) fu possibile constatare l'esistenza oltre alla classica sindrome dell'anemia perniciosa di altri stati morbosi da questa completamente differenti. Tali malattie associate erano:

Malattie polmonari. Venti casi di cui tredici con asma o bronchite, uno con tisi galoppante, sei con polmonite. Mentre l'asma e la bronchite sembrano non avere alcuna influenza sul quadro sanguigno, la polmonite, l'influenza ed affezioni similari sono particolarmente fatali in questi malati, in quanto pare che la sepsi inibisca l'azione dei preparati di stomaco e di fegato sui centri emopoietici. Dei 6 casi con polmonite cinque infatti morirono.

Tubercolosi. La rarità della tubercolosi polmonare attiva in pazienti con anemia perniciosa è così evidente che ha attratto l'attenzione di molti clinici, i quali hanno perfino pensato che una malattia conferisca l'immunità verso l'altra. D'altra parte Grezel sostiene che la tubercolosi sia uno dei fattori etiologici dell'anemia perniciosa. Nell'unico caso dell'A., l'infezione tubercolare ebbe decorso acuto ed apparve quando già da due anni la sindrome anemica mostrava una netta remissione.

Malattie cardiovascolari. In 17 casi (4,6 %) queste erano presenti. Tre casi avevano segni netti di angina o trombosi coronarica. In otto casi si aveva sintomatologia pseudo anginosa. Si notò inoltre 1 caso di trombo-flebite, uno di fibrillazione auricolare, uno di pericardite e due con una storia di emiplegia.

Diabete mellito. Il primo caso di anemia perniciosa in diabetico è stato descritto da Parkinson. L'A. ha trovato soltanto 4 diabetici nella sua serie di casi di anemia perniciosa (1,08 %).

Malattie della tiroide. In 12 casi si aveva storia di malattie della tiroide e cioè: in 5 casi gozzo esoftalmico, in 3 adenoma tiroideo, in 3 mixedema ed in 1 caso ipertiroidismo senza esoftalmo. In tre casi il gozzo esolftalmico preesisteva all'anemia, negli altri due casi viceversa.

Dermatosi. In tredici casi si notavano malattie cutanee e cioè: acne rosacea in 3, psoriasi 3, orticaria 3, eczema 2, leucoplasia 1, prurito vulvare 1. È interessante notare come il dato dell'acloridria sia comune tanto all'an. perniciosa che ad alcune di queste dermatosi.

Malattie renali. In 4 casi si notava intensa albuminuria, ma solo in un caso questa persistette per un periodo di 5 anni. È stato notato un solo caso di nefrite cronica, in un soggetto sottoposto da lungo tempo a trattamento arsenicale. È noto come la cistite e la cistopielite siano complicazioni che rendono grave la prognosi della anemia perniciosa: tre casi osservati dall'A. in seguito a rigorosa cura adatta, migliorarono notevolmente. Un paziente presentava ematuria parossistica di cui non fu possibile trovare la causa organica. La sindrome anemica migliorò con la cura adatta.

Malattie maligne. Erano presenti in 8 casi così ripartiti: 2 carcinomi gastrici, 3 epiteliomi boccali con invasione secondaria delle ghiandole cervicali, 2 carcinomi dell'utero, 1 tumore maligno del colon. Lo studio dei rapporti fra malattie maligne (cancro) dello stomaco e anemia perniciosa è di importanza notevole per stabilire gli eventuali rapporti fra succesione gastrica e quadro ematico.

Dai dati desunti dai vari AA. che si sono occupati dell'argomento e dal nostro A. risulta anzitutto come i casi accertati di coesistente anemia perniciosa e tumore maligno siano

soltanto trenta: risulta inoltre come solo in un piccolo numero di questi pazienti la sindrome anemica abbia preceduto lo sviluppo del tumore mentre molto più frequentemente il tumore gastrico ha preceduto la sindrome anemica e ciò specialmente nei casi in cui era stata praticata una resezione gastrica. Tali dati sono molto suggestivi e tendono a far ammettere che in tali casi la sindrome anemica sia da ascrivere alla mancanza totale o parziale della funzione secretoria dello stomaco che produrrebbe di conseguenza una deficienza del fattore antianemico « emopoietina » o fattore intrinseco di Castle.

Sifilide. Sei pazienti avevano storia di pregressa infezione sifilitica e W. R. positiva.

Con la terapia antisifilitica ed antianemica (stomaco di suino) si ottenne il ritorno al normale della formula sanguigna. Il più frequentemente la sifilide è associata con un tipo di anemia microcitica.

Ulcerazioni gastro-intestinali. In due pazienti la sindrome anemica a tipo Addisoniano si era sviluppata rispettivamente sette e undici anni dopo dell'operazione gastrica per ulcera.

Ostruzione intestinale cronica. Il primo caso associato con anemia perniciosa è stato osservato da Faber. In seguito numerosi sono stati i casi descritti. Un solo caso è capitato all'osservazione dell'A.: la sindrome anemica era associata a ostruzione intestinale cronica in corrispondenza della flessura splenica del colon.

Casi vari. Sono stati notati 2 casi con parassiti intestinali, associazione ormai molto nota e su cui è fiorita una ricca letteratura, e tre casi con malattie del sistema nervoso, rispettivamente paralisi agitante, postencefalite ed esiti di poliomielite anteriore.

Concludendo, l'A. fa sua l'opinione di Hunter il quale osserva che se anche due condizioni morbose, l'anemia perniciosa ed un'altra qualsiasi, sono trovate associate, tale condizione deve essere considerata, se non precisamente come accidentale, per lo meno non essenziale: e ciò principalmente per quanto riguarda l'anemia perniciosa ed i tumori maligni in genere.

G. LA CAVA.

Sulla valutazione dell'attività insulinica.

(G. MONASTERIO. *Rif. Medica*, 2 sett. 1933).

Tutti coloro che hanno avuto occasione di praticare il dosaggio biologico dell'insulina, hanno potuto constatare quanto varia sia l'azione dell'ormone sulla glicemia del coniglio, onde è sorta la necessità di eseguire tale dosaggio sopra un numero assai grande di animali. L'abbassamento della glicemia è più o meno grande in rapporto con la dose dell'insulina iniettata, con la qualità di essa, con la via di somministrazione, col peso dell'animale, con l'età, con l'alimentazione, con la temperatura, con la razza, con lo stato di salute degli animali, con la sensibilizzazione alle iniezioni precedenti.

Ma dalle ricerche di numerosi AA. e da quelle eseguite dall'A. risulta che l'insulina, indipendentemente da tutte le condizioni sopra accennate, ha un'azione assai varia sulla glicemia, in rapporto con fattori individuali ancora sconosciuti, che non possono riferirsi nè alla razza, nè alla dieta cui sono tenuti gli animali, nè ad alcun altro dei fattori che si credono capaci di influire sulla reattività degli animali all'insulina. Tali fattori individuali possono modificarsi da un giorno all'altro nello stesso animale e ciò spiega perchè dosi diverse d'insulina provochino nello stesso coniglio od in conigli diversi dello stesso peso, effetti che non hanno alcun rapporto con le dosi iniettate. Ne viene di conseguenza che, quando si vuole saggiare l'azione antagonista di una sostanza rispetto all'insulina, bisogna tener conto della diversa reattività degli animali all'insulina.

C. TOSCANO.

Problemi odierni del cancro.

(F. L. RECTOR. *The Jour. of the Americ. Medic. Assoc.*, 26 agosto 1933).

Quello del cancro è uno dei problemi più ardui della medicina. L'inizio ne è insidioso, la mortalità è in aumento, l'etiologia è ignota, la diagnosi precoce è difficile.

Il cancro si trova in individui giovani. Ne sono stati descritti casi anche in bambini di meno di 2 anni. Nel 1930 negli Stati Uniti ci furono 150.000 morti di cancro (1 ogni 11-12 morti); poichè si calcola che ci sono 3 malati viventi per ogni morto, probabilmente negli Stati Uniti la cifra dei malati si aggira attorno ai 500.000.

La cifra è notevole se si pensa che è una malattia con mortalità del 100 %.

Solo il 25 % dei malati di cancro è ospedalizzato.

La cura è chirurgica e fisica (raggi X e radium).

Il cancro è una malattia che non può essere sempre diagnosticata da un medico solo; spesso richiede per questo l'associazione dell'internista col radiologo, il chirurgo e l'istologo. L'istologo ha nella diagnosi la responsabilità maggiore; per questo egli dovrebbe non vivere unicamente nel suo laboratorio, ma vedere malati e assistere ad interventi in modo da poter controllare meglio le sue osservazioni.

Una delle ragioni che rendono difficile la diagnosi di cancro è l'assenza di un istologo nei piccoli ospedali.

Il concetto che il cancro sia inguaribile si deve combattere nel pubblico, che deve invece essere persuaso che qualche cosa si può sperare nei casi diagnosticati precocemente. Il ma-

lato curato precocemente non deve essere abbandonato dal medico, che deve continuare a sorvegliarlo per lungo tempo. In questo la cooperazione del paziente è, naturalmente, indispensabile; quindi, qualche volta, è necessario che il malato conosca la verità riguardo al suo male.

R. LUSENA.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

O. NAEGELI. *Blutkranheiten und Blutdiagnostik. Lehrbuch der klinische Hämatologie.* Vª edizione. Un vol. in-8° di pag. 704, con 104 fig. in massima parte colorate. J. Springer ed., Berlin. Prezzo RM. 86.

Il classico trattato di ematologia di Naegeli appare ora nella sua quinta edizione, a soli otto anni dalla precedente. Questa è stata molto ampliata ed in certe parti assai rimaneggiata. Accenniamo, per es., fra i metodi di ricerca fisica, alla determinazione delle sostanze albuminoidi del sangue, capitolo quasi del tutto rifatto, specialmente per quanto riguarda le variazioni di questo dato nelle diverse malattie.

L'impronta personale dell'A. si rileva in varie parti del libro, come, per es., a proposito della dottrina del dualismo dei tessuti da cui originano i corpuscoli sanguigni, nonchè delle vedute sull'anemia perniciosa.

La trattazione della materia, chiara, completa e precisa, la ricchezza delle figure assai bene riuscite fanno di questo libro un prezioso aiuto per l'ematologo, sia per la parte dottrinale-scientifica, che per quella pratica. *fil.*

R. PEMBERTON. *Le rhumatisme cronique.* Editore G. Doin, Parigi. Prezzo Fr. 80.

È questo un libro che ha avuto molto successo in America, dove fu pubblicata l'edizione originale inglese.

L'argomento è trattato in modo esauriente sin dal punto di vista etiologico e clinico come da quello terapeutico.

L'A., che è Presidente della Lega americana contro il reumatismo, ha una larghissima esperienza della malattia, avendone osservati nella sua lunga carriera migliaia e migliaia di casi, esperienza che egli ha sapientemente sfruttata, per compilare questo libro, nel quale l'orgamento è trattato in modo esauriente.

Buona la traduzione francese fatta dai dottori A. e F. Françon. DR.

F. COSTE. *Traitment du rhumatisme chronique des jointures.* Editore G. Doin, Parigi. Prezzo Fr. 20.

È uno dei fascicoli della collezione « La pratique médicale illustrée », molto raccomandabile per i criterî eminentemente pratici che informano la trattazione dei singoli argomenti.

In questo fascicolo la cura del reumatismo articolare cronico è esposta in modo organico e preciso e tale che consente un facile orientamento fra le varie forme morbose, per i singoli casi, per i varî stadii della malattia.

DR.

A. H. DOUTHWAITE. *The treatment of rheumatoid arthritis and sciatica.* Editore H. K. Lewis, Londra. Prezzo Scel. 6.

È la seconda edizione di un volume che già lodammo per la chiarezza dei concetti e dell'esposizione, per l'indirizzo pratico.

L'A. fa la classificazione delle varie forme di artriti reumatoidi, specificando per ciascuna l'importanza delle infezioni focali, della diatesi reumatica, delle alterazioni del ricambio, e indicando per ciascuna forma la cura appropriata.

Un capitolo è dedicato alla sciatica.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

XXXI Congresso Italiano di Ostetricia e Ginecologia.

(Bari, 28 settembre - 1° ottobre 1933).

Il Congresso è stato inaugurato alla presenza di S. E. Ercole, Ministro dell'Educazione Nazionale, e delle Autorità cittadine, con discorsi del dott. VELLA, commissario del comune di Bari, del prof. MARIANI, rettore dell'Università, del prof. GAIFAMI. Il prof. ALFIERI, in una dotta relazione, ha illustrato gli scopi ed i lavori del Congresso, diffondendosi particolarmente sull'attiva opera che i ginecologi italiani hanno preconizzato ed intendono esplicare per la politica demografica, che è stata largamente ed appassionatamente trattata dal Congresso.

Segnaliamo anche il discorso della signora WANDA GARJOUX, delegata provinciale dei Fasci femminili, sull'Assistenza alla Maternità in provincia di Bari dove, su 48 Comuni, sono aperti 22 consultori materni e parecchi refettori materni, anche permanenti.

Diamo un breve riassunto degli argomenti trattati.

TEMI DI RELAZIONE.

Celiotomie vaginali.

Prof. A. BERTINO (Padova). — La celiotomia vaginale, che in passato aveva suscitato tanti entusiasmi, e si era brillantemente affermata nel campo della ginecologia operativa, era poi caduta quasi in disuso, in questo primo quarto di secolo, anzitutto per l'eccessiva estensione che si era voluta dare alle sue indicazioni, ma specialmente perchè i progressi raggiunti dalla chirurgia addominale, i cui pregi ed i cui vantaggi non potevano essere messi in discussione, rendevano più facile e preferibile la laparotomia.

Attualmente, pure essendovi qualche Scuola nel-

la quale la celiotomia vaginale conserva una larga applicazione, la grande maggioranza dei ginecologi l'usa raramente, e non pochi l'hanno completamente abbandonata. In questi ultimi anni però, si è levata qualche autorevole voce per rivendicare alla celiotomia vaginale un posto, sia pure modesto, nel campo della ginecologia operativa.

Indicazioni generali: a) *formali o obbligatorie*. — Appartengono a questo gruppo i casi nei quali la via vaginale è l'unica che si presti, e che sia idonea, per rimuovere un grave pericolo, o per portare a guarigione la malattia, oppure quando sia controindicata in via assoluta la laparotomia (donne cardiopatiche, enfisematose, obese, ipertese, che non tollerano la posizione inclinata, e nelle quali lo *choc* laparotomico potrebbe riuscire fatale);

b) *di elezione*: casi nei quali la via vaginale viene scelta perchè può riuscire più facile, più rapida, più prudente o perchè è la più logica, per la sede della malattia o perchè essa è associata ad altre affezioni curabili unicamente per via vaginale;

c) *di preferenza* (personale dell'operatore).

Indicazioni speciali. — Nelle *lesioni infiammatorie del peritoneo pelvico e degli annessi uterini*, nel periodo di acuzie, e quando i focolai sono aderenti alla volta vaginale, la colpoceliotomia evacuatrice rappresenta un intervento di necessità; quando non esistono tali condizioni, è la via alta che deve avere la preferenza. Nel *cancro del collo dell'utero*, gode maggiore preferenza la via addominale. Nel cancro del corpo invece, deve essere preferita la via vaginale. Per il *corion-epitelioma*, nei casi di coesistenti metastasi vaginali, in donne fortemente anemizzate, o meno resistenti, oppure di tumori infetti o in sfacelo, la via vaginale può trovare ragioni di preferenza. Nei *fibromi uterini* l'indicazione è assai limitata, ed in genere quando la laparotomia è controindicata. Il R. esamina poi le indicazioni nelle *retroversioni uterine* e nel *prolasso dell'utero*. *L'inversione uterina* sia puerperale che oncogenetica, è di incontrastato dominio della via vaginale. Rarissime indicazioni essa trova nelle *metriti emorragiche*. Ma è specialmente nella *sterilizzazione muliebre*, come complemento dell'aborto terapeutico, che la via vaginale ha trovato e trova una delle sue più frequenti indicazioni, perchè offre il modo di eseguire i due interventi in una sola seduta, senza cambiare posizione alla operanda.

In complesso, però, le indicazioni della celiotomia vaginale pure essendo abbastanza estese, sono legate, più che a singoli gruppi di malattie a circostanze speciali, generali o locali, che complicano le malattie stesse.

Valutati serenamente i vantaggi, gli svantaggi e le complicazioni della celiotomia vaginale, e tenuto conto che molti degli inconvenienti che essa presenta, possono essere eliminati mediante un lungo addestramento, e che essi si hanno specialmente nei casi difficili, e quindi quando la via vaginale dovrebbe essere lasciata, da chi non possiede completa padronanza delle tecniche celiotomiche vaginali, si può conchiudere che non deve essere condannata senz'altro all'ostracismo una via di intervento che può dare risultati comparabili a quelli della via alta; e che essa anzi deve essere conosciuta, perchè in certi casi è imposta in modo formale dalla natura della malattia, o dalle condizioni generali dell'operanda.

I risultati della esperienza personale del R., sebbene non siano brillanti come quelli conseguiti da altri operatori, lo inducono ad unire la sua voce a quella di coloro che protestano contro l'eccessivo abbandono in cui è caduta questa via di intervento, da parte della maggioranza dei ginecologi.

La celiotomia vaginale deve essere conservata, anzi deve essere preferita, quando, presumendosi facile la sua esecuzione, si ritiene che possa dare risultati pari a quelli della via alta. In questo modo si potrà essere preparati ad eseguirla anche in quei casi in cui essa costituisce l'unica via di intervento, ed in quelli in cui, pure essendo tecnicamente più difficile della laparotomia, può metterci in condizione di evitare pericoli che questa presenta.

Ormoni sessuali femminili.

Prof. G. ACCONCI (Pavia). — Le nostre cognizioni sulla complessa funzione sessuale femminile, hanno subito una profonda trasformazione, arricchendosi di nuove acquisizioni tanto da renderci possibile una interpretazione abbastanza vicina al vero di tutta la ricchissima concatenazione di modificazioni che, nell'apparato sessuale, come nell'intiero organismo femminile, si determinano, dalle prime fasi evolutive, fino alla sua completa maturità ed alla involuzione senile.

Le attività endocrine, umorali, nervose, si armonizzano e si coordinano fra loro a costituire quella organizzazione su cui riposa tutto l'edificio così complesso della vita.

Il R. esamina come, in mezzo ad esse, si svolga e si inquadri la funzione sessuale, quali siano i suoi collegamenti, quali le influenze che su di essa agiscono ed i riflessi che da essa irradiano sull'intiero organismo, trattando poi della determinazione del sesso, degli ormoni sessuali, della catena ormonica generale e svolge infine la parte speciale che comprende le varie fasi della parabola sessuale femminile. Passa quindi in rivista le particolari proprietà del gruppo così interessante di sostanze catalizzatrici che, per l'attività secernente dei tessuti e degli organi più disparati, vengono immesse in questo grande fluido collettore, il mezzo interno; fatto rilevare come esse in vario modo si estrinsechino sotto la costante influenza coordinatrice dei grandi sistemi neuro-regolatori e come, per le scambievoli azioni che fra queste stesse sostanze direttamente si svolgono, le loro attività continuamente si modificano, si inibiscono, si neutralizzano; segue il vario concatenarsi di tante attività, di tante potenze modificatrici nei vari quadri funzionali che caratterizzano le successive tappe della parabola sessuale. Dopo aver indagato i rapporti e le interdipendenze esistenti fra sistema genitale e catena endocrina generale, il R. fa rilevare che si è analizzato in tal modo solo una parte di queste correlazioni umorali, quella più appariscente e che oggi conosciamo, ma vi è ancora tutto un altro grande complesso di fattori che non può essere trascurato solo perchè ci è meno noto; esso è costituito da un numero grandissimo di elementi imponderabili, di riflessi che

derivano da ogni parte del soma che ci vengono rivelati da alcune manifestazioni di carattere generale, ma che non ci è possibile individualizzare nel loro preciso meccanesimo di azione, tanto più che il tutto è avvolto e penetrato da innumerevoli vie di trasmissione e di correlazione, dirette e indirette, le quali, mentre da un lato regolano il giuoco armonico che si svolge nell'orbita del mezzo interno (sistema nervoso vegetativo), dall'altro collegano questo con tutti gli infiniti fattori e risuonanze del mezzo ambiente esterno (sistema nervoso di relazione).

Scindere, isolare le varie attività sessuali dal tutto, di cui costituiscono la più intima essenza, è svisarne ogni carattere di realtà; considerarle, come sono, fuse in tutto l'insieme è perdersi in un labirinto senza uscita.

Non rimane perciò che tratteggiare le grandi linee del quadro grandioso perchè, se non nella ricercatezza e precisione dei dettagli, esso possa almeno apparire nella adombrata visione della sua meravigliosa realtà.

Temi speciali.

Per la radioterapia ginecologica.

Prof. P. Gaifami (Bari). — La radioterapia non è già il frutto della ricerca di un gruppo privilegiato di medici; ai suoi enormi progressi hanno contribuito medici, chirurghi, ginecologi, specialisti di ogni ramo, ed essa è patrimonio comune di tutta la medicina; nessuna ragione di creare privilegi o proibizionismi; mentre conviene invece un perfetto accordo fra radiologi e ginecologi.

È di parere di considerare tale materia obbligatoria per gli esami di Stato, permettendo poi l'esercizio senza speciali diplomi, purchè si tenga conto dei seguenti suggerimenti:

1) tener distinta la regolamentazione per l'uso del Radium da quella per gli impianti di Raggi X;

2) precisare anche, per il nostro campo, che nessuna applicazione di Roentgen o di Radiumterapia venga fatta senza la preventiva diagnosi e la indicazione e la collaborazione tecnica del ginecologo;

3) nella stesura del regolamento chiedere la collaborazione non solo dei radiologi ma anche di altri cultori di terapia fisica; sopratutto si ricordi l'apporto utile che potrà venire dato dai ginecologi e dai dermatologi, che da decenni hanno acquistato una specifica competenza nella fisioterapia;

4) considerare infine la opportunità di creare degli specialisti in radioterapia, separatamente dalla radiodiagnostica.

Viene pertanto votato un ordine del giorno che adotta le conclusioni del Relatore.

Sulle disposizioni dell'« O. N. M. I. » per l'assistenza materna.

Prof. Carlo Vercesi (Palermo). — Il R. attende, con fiducia la maggiore protezione della madre da parte dell'« *Opera* » per la legge 13 aprile 1933 n. 298, che ha perfezionato la legge 10 dicembre 1925 n. 2277.

La migliorata organizzazione infatti dell'« Opera » fa sperare il perfezionamento anche dell'organizzazione tecnica, specialmente di quella attesa dagli ostetrici, come la preparazione del personale individualmente assicurata, come la sua più opportuna distribuzione nei vari settori dell'attività assistenziale.

Attendono gli ostetrici che la profilassi materna sia integrata, dove più ne è il bisogno, da un'organizzazione terapeutica, che può esser facilmente ottenuta dalle Cliniche ostetriche, dalle Maternità ospedaliere e dalle Guardie ostetriche.

Attendono gli ostetrici che l'assistenza alla madre ed al figlio acquisti sempre meglio per merito dell'« Opera » un tono di più alta ed appassionata spiritualità, come è necessario perchè sempre più sia perfezionata.

L'assistenza della Maternità nel Mezzogiorno.

Prof. P. Gaifami. — Le condizioni dell'assistenza ostetrica nel Mezzogiorno risentono della deficienza dell'attrezzatura ospedaliera: la Lombardia ha 8,15 posti-letto e la Lucania ne ha 0,47 ogni 1000 abitanti; Foggia-Brindisi non hanno Maternità. Lecce in una piccola Maternità assistè solo 129 gestanti nel 1930; Bergamo in un grandioso istituto 1300 gestanti nel 1931; a nord della congiungente Roma-Pescara sono 21 scuole ostetriche, per 24 milioni; mentre a sud per 13 milioni provvedono solo 6 scuole.

A torto si suol sovravalutare da qualche amministratore la riluttanza al ricovero ospedaliero per il parto come per malattia nelle popolazioni, perchè dove è stato organizzato un servizio assistenziale, il pubblico lo ha frequentato numeroso.

Le empiriche hanno il sopravvento con il loro esercizio abusivo anche col favore dei Podestà. Uno di questi chiese un diploma *ad honorem* per una di esse. Decine e decine di Comuni sono senza levatrice e i Comuni non aprono i concorsi per economia. Le nuove levatrici non sono aiutate nella concorrenza con le precedenti empiriche.

I consultori dell'« O.N.M.I. » sono pochi e pochissimi quelli che hanno direzione competente.

Per questo stato di cose il relatore prospetta alcuni suggerimenti:

1) istituzione di *reparti ostetrico-ginecologici* in ogni capoluogo di provincia, ben attrezzati con personale specializzato, in modo che possono anche funzionare come « Guardie Ostetriche » per le zone rurali circostanti;

2) creazione di consorzi fra paesi limitrofi nelle zone impervie o lontane dai centri, per avere degli « Ostetrici consorziali » nominati per concorso, e dipendenti dai centri dei capoluoghi di provincia;

3) levatrici nominate per concorso ben pagate in ogni comune;

4) vivificare gli organi provinciali dell'« O.N.M.I. » ora troppo polarizzati verso opere caritative;

5) l'« O.N.M.I. » dovrebbe affrettare il raggiungimento di migliori condizioni assistenziali nel Mezzogiorno, destinando per esse maggiori mezzi finanziari, creando Centri, con personale preparato, competente, favorendo il diffondersi delle autoambulanze. Non deve inoltre l'« O.N.M.I. » irrigidirsi nella interpretazione restrittiva di curare la sola profilassi materna e prenatale, talora insufficiente se non accompagnata dove occorra dall'assistenza al parto.

Nel Mezzogiorno, l'indice di natalità altissimo richiede maggiormente un'interpretazione larga della Legge, più totalitaria ed estensiva alle provvidenze terapeutiche. A. F.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Amiloidosi e nefrosi amiloide.

In oltre 1700 verbali di autopsie M. Rosenblatt (*Amer. Journ. Med. Sc.*, ott. 1933) ha trovato casi di amiloidosi nella percentuale del 7,2 %; l'incidenza dell'amiloidosi in soggetti tubercolosi era del 24,4 %, nei non tubercolosi dell'1,2 %; l'incidenza era anche maggiore nei tubercolosi con lesioni suppurative, e raggiungeva il 35,2 %.

Gli organi che apparivano più colpiti dalla degenerazione amiloide erano la milza, i reni, il fegato, le capsule surrenali in ordine di frequenza.

L'esame clinico di 110 tubercolosi con amiloidosi dimostrò che la degenerazione si inizia di solito verso la quarta decade della vita, dopo almeno due anni di malattia, e che la maggior parte dei casi presentava localizzazioni polmonari, a carattere ulcerativo.

Nel 70 per cento di questi casi si notò albuminuria, legata quasi sempre ad una localizzazione renale: si noti però che in una quindicina di malati la amiloidosi renale decorse senza albuminuria.

In nessun caso fu trovata ipertensione arteriosa.

La nefrosi amiloide era presente nel 34,1 % dei casi di rene amiloide; essa costituisce un quadro avanzato di degenerazione del rene e non è necessario ammettere l'esistenza di una forma di nefrosi lipoidea associata all'amiloidosi.

A meno che non succeda una fase di insufficienza renale, la prognosi dell'amiloidosi dipende da quella della malattia fondamentale.

V. SERRA.

Osservazioni sulla nefrite edematosa.

T. A. Hughes e K. Singh Malik (*The Indian Journ. of Medic. Research*, luglio 1932) hanno studiato 25 casi di nefrite edematosa dal punto di vista della natura della malattia e fecero il saggio della funzionalità renale coll'« urea clearance ».

Quattro casi erano del tipo nefrosclerotico. Due di questi morirono di uremia, quando l'« urea clearance » era rispettivamente del 7,9 % e del 3,5 % rispetto al normale. Anatomicamente in tutt'e due questi casi si aveva il quadro della « sclerosi maligna » di Volhard e Fahr.

In un caso si avevano le lesioni anatomiche della nefrosi amiloide e la morte era avvenuta per broncopolmonite, con «urea clearance» del 64,9 % del normale.

Gli altri venti casi erano tutti della varietà « emorragica » (glomerulonefrite). Uno morì di uremia quando l'urea clearance era caduta al 5,1 % del normale, un altro quando essa era del 9,4 %; i reni erano del tipo « piccolo bianco » e c'era ipertrofia del ventricolo sinistro. Un terzo paziente morì di polmonite con funzione renale ancora del 60 % del normale, e il quadro anatomico era quello della « nefrite repens ».

R. LUSENA.

Le nefriti azotemiche precoci della scarlattina.

A. Lemierre (*Bull. méd.*, 30 settembre 1933) mette in rilievo la comparsa di nefriti con azotemia elevata fin dal 4°-5° giorno dell'infezione scarlattinosa, in contrapposto con la consueta nefrite che si ha invece verso la IV-V settimana.

In alcuni casi che egli riporta, tale nefrite si manifestava essenzialmente con un'azotemia che andava da 1 a 3,40/1000, raggiungendo il massimo verso il 9° giorno, dopo di che, insieme con una crisi di poliuria scompariva; tutti i casi passarono a guarigione.

Le ricerche sistematiche su molti scarlattinosi hanno dimostrato che nella maggior parte, l'azotemia si mantiene in limiti normali, discendendo anzi a cifre basse (0,05-0,20) dopo qualche giorno di malattia.

In alcuni dei malati con azotemia alta, si aveva qualche sintomo: vomiti, diarree, lingua secca, prostrazione, delirio, ovvero oliguria, albuminuria; in altri, nulla. Tutti finirono con la guarigione.

La genesi di questa azotemia viene riferita dall'A. alla diminuzione della diuresi, all'esagerazione della disassimilazione azotata e soprattutto ad un'insufficienza funzionale del rene.

La possibilità di tale azotemia deve rendere assai guardinghi nell'alimentazione degli scarlattinosi, eliminando ogni sostanza azotata sul principio; quindi, niente latte, ma soltanto bevande zuccherate, sciroppi e succhi di frutta; il latte si darà soltanto se le orine rimangono abbastanza abbondanti o quando si inizia la crisi poliurica della convalescenza. Così pure si manterrà la dieta declorurata per tutto il periodo febbrile e nei primi giorni della convalescenza.

fil.

Nell'anuria calcolosa.

Il malato con anuria da calcolo va considerato come quello di occlusione intestinale ed inviato al chirurgo. Ciò non esclude il trattamento medico che può essere dapprima tentato e che ha specialmente tre indicazioni: provocare degli sforzi di espulsione dell'uretere, decongestionare il rene ed attenuare così lo spasmo dell'uretere e stimolare la secrezione renale per mezzo di diuretici che esigano il minimo sforzo da parte dei reni.

Gli sforzi di espulsione dell'uretere possono venire favoriti mediante la distensione vesci-

cale per mezzo di acqua bollita o borica, fredda.

La decongestione del rene si ottiene con dei bagni generali caldi, a 38°, praticati 3-4 volte al giorno, compresse calde sull'addome, ventose scarificate sui reni. Viene altresì consigliato il bagno caldo alle mani (a 50°-52°). All'interno, E. Jeanbrau (*Montpellier méd.* e *Journ. des praticiens* 2 sett. 1933) consiglia la bellafolina: sei compresse al giorno da 1/4 di mg., oppure iniezione di una fiala da 1/2 mg., 1-2 al giorno. Utile è anche la papaverina (compresse di cloridrato, da cg. 4, oppure per iniezione).

La secrezione renale può essere stimolata da iniezioni endovenose ipertoniche di saccarosio a 30 %, ma più convenienti sono quelle isotoniche di glucosio a 47/1000.

Il trattamento urologico è di competenza dello specialista (cateterismo ureterale, che però ha effetto passeggero); l'intervento chirurgico (nefrotomia con apertura e drenaggio del bacinetto) va fatto non oltre il 3°-5° giorno. Il chirurgo non cercherà i calcoli, ma li asporterà se li trova. Il bistori diatermico riduce il pericolo delle emorragie. *fil.*

La dieta chetogenica nelle infezioni urinarie del puerperio.

A. T. Fuller e L. Colebrook (*The Lancet*, 30 sett. 1933) hanno trattato 54 casi di infezioni urinarie del puerperio con la dieta chetogenica; in 24 casi, l'urina diventò sterile entro 17 giorni, in 10, entro una settimana.

La dieta conteneva 250 grammi di grasso, 10 di carboidrati ed 80 di proteina. Il grasso veniva somministrato con la crema (150 grammi), il burro (75 grammi) ed il prosciutto o lardo (25 grammi). Le difficoltà di fare accettare tale dieta consistono nell'elevata quantità di grasso. (Gli AA. danno le liste di cibi per ogni giorno della settimana).

Il numero dei casi in cui si potè ottenere la sterilità dell'urina è direttamente proporzionale al grado di chetonuria ottenuto.

In 22 casi, non fu possibile ottenere nemmeno un lieve grado di chetonuria, probabilmente perchè le pazienti non hanno ingerito tutta la razione di grasso od hanno ceduto alla tentazione di prendere una maggior quantità di idrati di carbonio.

La dieta potrebbe forse essere più efficiente usando degli acidi grassi od i loro sali ammoniacali, ma per ora non è possibile a causa della ripugnanza per tali sostanze.

Gli AA. hanno misurato il grado di chetonuria col metodo seguente che, dal punto di vista pratico, sostituisce quelli più complicati della determinazione dell'acido beta-ossibutirrico e degli acidi organici totali.

Ad 1 cmc. di urina, si aggiungono: cmc. 0,8 di solfato d'ammonio, 0,05 di una soluzione al 5 % di nitroprussiato sodico e 0,15 di ammoniaca (densità 0,880). Si tiene la piccola provetta, in cui si è fatta la miscela, a bagno-maria a 20° per 7 minuti. La presenza di una tinta rosa indica che la concentrazione dell'acido aceto-acetico è inferiore a 0,005 per cento (e quindi troppo scarsa per gli effetti terapeutici). Se la colorazione è rosso scuro, si fanno diluizioni in un colorimetro fino ad ottenere il colore della soluzione campione.

Quest'ultima si ottiene con: cmc. 8 di una soluzione di metil violetto a 0,01 % in alcool, cmc. 2 di sol. di fucsina basica a 0,01 % in alcool, cmc. di sol. di crisoidina a 0,01 % in alcool; si porta a 40 cmc. con alcool assoluto. La soluzione è stabile per parecchi mesi se tenuta allo scuro. Essa corrisponde ad un contenuto di 0,004 per cento di acido-acetico.

La soluzione di nitroprussiato va rinnovata ogni due giorni e tenuta allo scuro. *fil.*

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

La terapia a onde ultra-corte nella medicina interna.

E. Schliephake (*Wien. Klin. Woch.*, 13 ott. 1933) riassume dapprima rapidamente i caratteri fisici e le particolarità principali delle onde ultra-corte; ne dimostra la differenza d'azione, rispetto ai raggi X e al radium, che agiscono sugli atomi mentre le onde ultra-corte agiscono sui complessi molecolari; e ricorda come si siano ottenuti risultati veramente brillanti nel campo sperimentale, dove queste onde hanno dimostrato una azione spiccatamente battericida e hanno rapidamente distrutto le cellule dei tumori sperimentali; anche la regolazione termica sembra alterata da questa terapia, che determina negli animali facili squilibrii di temperatura e tendenza alle malattie da raffreddamento.

Nel campo della medicina interna la terapia a onde ultra-corte è stata dapprima applicata a lesioni superficiali, come favi, foruncoli e paterecci; poi a malattie profonde — e principalmente alla cura degli ascessi del polmone, degli empiemi interlobari — e alle pelviperitoniti d'origine ginecologica, ottenendo i più favorevoli e rapidi risultati.

Sembra quindi che tale metodo di cura debba essere preferito, allorchè un intervento è impossibile o sarebbe troppo pericoloso.

V. SERRA.

NOTE DI RADIOLOGIA

Il sondaggio duodenale rapido sotto controllo radiologico.

L'applicazione estesa del metodo di cateterismo rapido con sonda in gomma a mandrino di balena descritto da Camus, ha portato L. Camus e Levassor (*Presse Méd.*, 12 luglio 1933) a controllare la progressione del tubo sotto lo

schermo, specie nei casi di ittero, in cui i risultati della ricerca possono restare molto incerti sopratutto se il succo gastrico del malato è appena acido. Anche un succo duodenale di buona apparenza e neutro al tornasole può essere un succo di reflusso, l'oliva essendo rimasta nello stomaco; allora l'interpretazione del liquido rende necessarie delle ricerche complementari (potere lipasico, ecc.) che non possono essere immediate.

Il controllo radiografico può evitare a questi malati una nuova prova di controllo. Innanzi tutto l'esame radiologico ci indica la quantità del liquido gastrico, mostrandoci se occorre evacuarlo o no (ed in quest'ultimo caso farà guadagnare del tempo); poi esso non rende necessaria la lettura dei punti di repere segnati sulla sonda, che variano secondo i soggetti e talora nello stesso soggetto nel corso di due sondaggi. Esso potrà facilitare il passaggio pilorico, ma sopratutto ci illumina su alcune configurazioni anormali dello stomaco che possono provocare degli insuccessi (ptosi marcate, angolazioni eccessive, inclinazioni laterali interne del bulbo, periviscerite, ipertrofia o ptosi epatica, ecc.).

C. TOSCANO.

Studio dell'evacuazione riflessa della vescichetta biliare.

Secondo Memours-Auguste (*Presse Méd.*, 12 luglio 1933) nell'uomo, in condizioni normali bisogna prendere in considerazione un altro fattore, oltre al passaggio del chimo nel duodeno, capace di determinare il fenomeno dell'evacuazione vescicolare, cioè un fattore riflesso che agisce per un riflesso bucco-vescicolare paragonabile al riflesso di Pavlov. La presenza degli alimenti nello stomaco completa e rinforza l'azione di questo riflesso senza che sia necessario il passaggio alimentare attraverso il duodeno.

C. TOSCANO.

MEDICINA SOCIALE.

Contributo allo studio del contagio tubercolare negli infermieri.

E. Rist e M. Simon (*Presse Méd.*, 18 ott. 1933) riportano i risultati di una inchiesta compiuta sul personale infermieristico del dispensario Leon-Bourgeois, personale addetto quasi esclusivamente alla ricerca dei bacilli di Koch nell'espettorato e all'accettazione degli infermi.

Nel periodo compreso fra il 1918 e il 1932 fra 12 infermieri occupati nel laboratorio solo 4 son rimasti indenni da ogni manifestazione tubercolare. Gli altri 8 hanno presentato delle manifestazioni, in genere torpide, di tubercolosi polmonare.

Queste osservazioni appoggiano la dottrina, oggi battuta in breccia, della reinfezione esogena dell'adulto.

C. TOSCANO.

MEDICINA SCIENTIFICA.

Miglioramento del diabete sperimentale per uso di amniotina.

Houssay e Biasiotti hanno dimostrato che l'estrazione precedente dell'ipofisi rende meno accentuata la glicosuria da pancreatectomia.

B. O. Barnes, J. F. Regan e W. O. Nelson (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 15 settembre 1933) hanno confermato queste osservazioni; però non essendo consigliabile l'ipofisectomia dei diabetici, essi hanno tentato negli animali di abolire l'azione dell'ipofisi nei cani spancreatizzati mediante somministrazione di sostanze estrogene.

Facendo precedere la somministrazione di amniotina all'estirpazione del pancreas si è avuta notevole riduzione della glicosuria e prolungamento della sopravvivenza e lo stesso risultato hanno avuto colla spancreatizzazione precedente alla somministrazione di amniotina. Sono necessarie ulteriori ricerche prima di poter trasportare questa terapia al diabete umano.

R. LUSENA.

VARIA

Sull'antagonismo tra tubercolosi e tumori maligni.

A questo importante e così discusso capitolo della patologia generale e della Clinica, il Vercellani (*Giorn. di Clin. Med.*, 20 sett. 1933) dedica una rivista sintetico-critica densa di dati e porta il contributo di una ricca statistica riguardante la mortalità del Comune di Parma dal 1901 al 1930. Dal complesso delle sue ricerche risulta che la presenza contemporanea dei due processi morbosi nello stesso organismo deve ritenersi assai rara, sebbene non la si possa escludere del tutto.

Numerosi fattori, anzitutto l'età, poi il terreno costituzionale (giacchè esiste una costituzione tubercolare ed una costituzione cancerosa), le condizioni chimico-fisiche e le affinità elettive dei vari organi per questo o quello dei due processi morbosi, spiegano la rarità della esistenza contemporanea delle due manifestazioni morbose.

V. SERRA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

L. CABITTO. *Malarioterapia e zolfoterapia nella paralisi progressiva.* — Ind. Graf. A. Nicola, Milano, 1933.

C. LUCCIONI. *Frattura-lussazione di Monteggia.* — Rinasc. Med., Napoli, 1933.

H. B. VASSILEFF. *Benito Mussolini clinico dei clinici.* — Tip. Lunghi, Genova, 1933.

A. STRASSER. *Un caso di idrarto cronico bilaterale del ginocchio guarito con la piretoterapia.* — Ist. Ed. Cesalp., Varese, 1933.

I J. GAZZOLO. *Nuevo tratamiento de los tumores malignos vesicales por la diatermo coagulacion bipolar a cielo abierto.* — Imp. Mercatali, Buenos Ayres, 1933.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ancona. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 dic., primario radiologo, L. 7000.

Asso (*Como*). — Scad. 30 dic.; con Lasnigo; L. 9000 e 4 quinquenni dec., eddizion. L. 4 oltre i 500 pov., L. 900 se uff. san., L. 700 ambulat., L. 1200 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Bienno (*Brescia*). — Scad. 31 dic.; con Prestino; L. 9000 e 6 quadrienni dec. oltre indennità varie; riduz. 12 %.

Casalmoro (*Mantova*). — Scad. 31 dic.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 800 trasp., L. 600 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Città S. Angelo (*Pescara*). — Scad. 31 gen.; 1ª cond.; L. 7500 oltre L. 1200 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a. al 1° nov.; tassa L. 50.

Civitaquana (*Pescara*). — Scad. 10 gen.; L. 9000 e 4 quadrienni ventesimo, oltre L. 1800 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

Como. *Comune.* — Proroga 31 dic., ore 12, due condotte.

Cuneo. *R. Prefettura.* — Scad. 15 gen., ore 18; ufficiali sanitari di 4 consorzi; stipendio L. 10.000 ciascuno, oltre L. 3000 automob.; 4 quinquenni dec.; indennità dai privati; divieto libera professione; età lim. 45 a. al 25 nov.; tassa L. 50 al Tesoriere dei Comuni capo-Consorzi (Barge, Boves, Busca, Caraglio). Chied. annunzio.

Faenza. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 20 dic.; assistente nella Sez. medica dell'Ospedale Civile; età lim. 35 a.; tassa L. 25; stip. L. 4500 oltre 18 % serv. att.; riduz. 12 %; alloggio ecc.; nom. biennale. Rivolgersi Ufficio di Segreteria della Congr. di Carità.

Frontone-Serra (*Pesaro*). — Scad. 31 gen.; 2ª cond.; L. 8000; addizionali L. 2 oltre 500 poveri e L. 3 oltre 1000; cavalc. L. 3000; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Genova. *Ospedale Galliera.* — Primario dirigente l'ambulatorio medico; L. 3000; servizio trisettimanale; titoli ed eventualm. esami. Tassa L. 50. Rivolgersi alla Segreteria dell'Opera Pia (via A. Volta 8), Genova. Scadenza 15 febbraio.

Ivrea. *Ospedale Civile.* — Scad. 15 genn.; chirurgo primario; L. 5500.

Jesi (*Ancona*). *Ospedale Civile.* — Scad. 20 dic.; primario del Gabinetto radiologico e fisioterapico; L. 7000 e 10 bienni ventes.; partecipaz. 50 %; età lim. 45 a. al 20 nov.; tassa L. 50. Rivolgersi Presidenza della Congregaz. di Carità.

Lavagno (*Verona*). — Per titoli. Posto di Medico Chirurgo condotto, al quale sono fissati i seguenti assegni: Stipendio L. 8000, suscettibile di 4 aumenti quinquennali di 1/10. Caro viveri L. 1200 e aumento percentuale del 20 % sullo stipendio base ad integrazione dell'indennità stessa. Assegno lire 600 quale Ufficiale Sanitario e L. 300 indennità di ambulatorio. Indennità per mezzo di trasporto: L. 1000 se per la bicicletta, L. 2500 se per motociclo e L. 3000 se per automobile. Gli assegni e le indennità sono soggetti a trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. Documenti di rito. Tassa concorso L. 50 da versarsi a mezzo vaglia postale. Assunzione servizio entro giorni 15 dalla partecipazione di nomina. L'indennità caro viveri si intende corrisposta finchè analoga indennità verrà corrisposta agli impiegati dello Stato. Scadenza 31 dicembre 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

Lonigo (*Vicenza*). *Congregaz. di Carità.* — Scad. 20 dic.; medico direttore della Casa di salute per malattie mentali. Chiedere avviso di concorso alla Segreteria della C. di C.

Mantova. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Per titoli ed esami, concorso al posto di Medico Aiuto e di Assistente Sanitaria Visitatrice presso il Dispensario Provinciale con sede in Mantova. Scadenza ore diciotto del 31 gennaio 1934. Nomina per un quinquennio tacitamente rinnovabile per egual periodo. Stipendio per il Medico Aiuto L. 12.000 (iniziali); servizio attivo L. 3000. Tre aumenti quinquennali di L. 1200 cadauno. Decurtazione legale 12 %. Stipendio per l'Assistente Sanitaria Visitatrice L. 7500 (iniziali); servizio attivo L. 1000. Tre aumenti quinquennali di lire 750 cadauno

Chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Consorzio Antitubercolare in Mantova, presso l'Amministrazione Provinciale (Palazzo del Governo).

Morra Irpino (*Avellino*). — Scad. 31 gen.; lire 6500 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

Ostra-Vetere (*Ancona*). — Scad. 20 dic.; 2ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2000-3000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

Paullo Milanese (*Milano*). — Scad. 4 gen.; con Tribiano; L. 10.500 e addizionali di L. 3 oltre i 1000 pov.; L. 400-1500-3500 trasp.; L. 850 se uff. san.; riduz. 12 %; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi; tassa L. 50,10.

Pergine (*Trento*). — Scad. 23 dic.; rivolgersi Segreteria.

Pescopagano (*Potenza*). — Proroga 15 dic.

Quinzano d'Oglio (*Brescia*). — Condotta residenziale. Per titoli. Stipendio iniziale al lordo di Ricc. Mob., della complementare, ritenuta per pensione, dell'I.N.I.E. e delle altre di legge, è di L. 9000 annue, con 6 aumenti quinquennali del decimo dello stipendio, a partire dal giorno dell'assunzione in servizio. Indennità di L. 500 per mezzo di trasporto con bicicletta. Indennità caro viveri a norma di legge. Per ogni povero inscritto nell'elenco in più del 20 % della popolazione saranno corrisposte L. 3. La domanda in carta legale, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le altre modalità, possono desumersi dal bando di concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale, dovranno pervenire alla Segreteria predetta non oltre le ore sedici del 28 febbraio 1934.

Ravenna. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 31 dic., ore 12; aiuto medico e assist. chirurgo nell'Ospedale Civile S. Maria delle Croci; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 25 nov.; stipendi L. 4000 e L. 3000 annue, indenn. vitto L. 1500, c.-v.; riduz. 12 %; partecipaz.; tassa L. 50,10 alla Tesoreria.

RECOARO (*Vicenza*). — Scad. 31 dic.; 1° reparto; L. 8000 e 6 quadrienni dec., oltre c.-v. L. 720, trasp. L. 2000-2500; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

ROIATE (*Roma*). — Scad. 30 dic.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 517,50 c.-v., L. 352 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

TUNISI. *Ospedale Coloniale Italiano « G. Garibaldi »*. — Scad. 31 dic.; medico direttore; età lim. 45 a.; laurea da 15 a. Rivolgersi al R. Console generale, presidente del Consiglio d'amm.ne.

VIADANA (*Mantova*). — Scad. 30 dic. Ufficiale sanit. per i comuni di Viadana, Dosolo e Pomponesco; L. 15.000 e tre quadrienni dec.; trasp. lire 3000.

VILLA MINOZZO (*Reggio Em.*). — Scad. 31 gen.; 2ª cond.; L. 7040, 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 2640 indenn. categoria e L. 2640 cavalc.; il tutto già ridotto del 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

VILLAPUTZU (*Cagliari*). — Scad. 25 dic.; L. 9000 oltre L. 1000 ambulat., L. 1000 uff. san., 4 quinquenni dec.; riduz. 12 %.

ZARA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore della Sezione Medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo lordo L. 12.500. Aumenti quadriennali del decimo. Riduzione 12 % a sensi dell'art. 3 del R. D. 20 novembre 1930, n. 1491. Età massima 45 anni, salvo eccezioni previste vigenti disposizioni. Documenti di rito e titoli scientifici e di carriera che i concorrenti crederanno utili. Scadenza ore dodici del giorno 25 gennaio 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale di Zara.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Assegni di Specializzazione in Tisiologia dell'« Istituto Naz. di Chemioterapia di Milano ».

Il « Sindacato Nazionale Fascista dei Medici » indice un concorso per l'assegnazione di 2 Borse di studio dell'importo di L. 3000 ciascuna, offerte dall'« Istituto Nazionale di Chemioterapia di Milano » a medici italiani che si inscrivano alla Scuola di perfezionamento in tisiologia presso la R. Università di Roma.

Il concorso sarà regolato dalle seguenti norme:

1) Possono concorrere tutti i medici italiani laureati in una Università del Regno dal 1929 fino al corrente anno.

Le domande in carta semplice debbono essere presentate al « Sindacato Nazionale Fascista dei Medici » (Roma, corso Vitt. Emanuele 21) entro il 15 dicembre 1933.

2) Ciascuna domanda dovrà essere corredata dai seguenti documenti:

a) copia del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;

b) *curriculum* universitario, con l'indicazione dei voti ottenuti negli esami speciali ed in quello di laurea;

c) diploma di abilitazione all'esercizio professionale con l'indicazione della votazione ottenuta;

d) titoli scientifici o pratici di qualsiasi natura (pubblicazioni, certificati di servizii clinici, ospedalieri o di medico condotto, ecc. ecc.).

Dei diversi titoli i candidati presenteranno un elenco in triplice copia e, pure in triplice copia, dovranno essere allegati gli estratti delle pubblicazioni.

3) Il concorso sarà giudicato dal Collegio degli insegnanti della Scuola di Specializzazione.

4) I risultati del concorso saranno pubblicati nelle « Forze Sanitarie », organo ufficiale del Sindacato, e negli altri periodici di medicina.

5) Gli assegni saranno consegnati ai vincitori del concorso a cura del « Sindacato Fascista dei Medici », all'atto della inscrizione al Corso per una metà dell'importo complessivo: la seconda rata sarà corrisposta entro il marzo 1934, dietro presentazione del certificato di regolare frequenza al Corso, rilasciato dal direttore della rispettiva Scuola.

Nel caso di interruzione definitiva dalla frequenza al Corso, da qualsiasi causa determinata, la seconda quota dell'assegno non verrà corrisposta.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

L'Accademia tedesca per le Scienze Naturali di Halle, presieduta da E. Abderhalden, ha nominato ad unanimità socio il prof. sen. Ettore Marchiafava, « in riconoscimento delle sue fondamentali ricerche nel campo della malaria ».

Esprimiamo il più vivo compiacimento al sommo studioso, che onora il nostro Paese.

Il prof. Guido Mancini, già segretario dei Bibliotecari, è nominato fiduciario dell'Associazione fascista dei professori ed assistenti universitari, in sostituzione del prof. Vezio Orazi, chiamato alla segreteria dei Fasci dell'Urbe.

NOTIZIE DIVERSE.

Il nuovo Istituto di Patologia medica a Milano.

Per l'illuminata filantropia del gr. uff. Ezio Granelli, il quale il 27 dello scorso settembre, nel terzo anniversario della tragica scomparsa del figlio Bruno, donava all'Ospedale Maggiore di Milano un Padiglione — destinato per espressa l'indicazione del Duce ad accogliere l'Istituto di Patologia Medica — la giovane Università milanese si arricchisce di un Istituto clinico, concepito con larghezza e modernità di idee.

Il Padiglione, a forma di T, è a cinque piani e occupa una superficie di metri quadrati 1300, con una cubatura di mc. 29.000. È sorto nella zona degli Istituti Ospitalieri. La disposizione dei reparti è fatta con criteri di grande razionalità.

Alla solenne inaugurazione, avvenuta il 27 nov., intervennero l'on. Solmi, il prof. Spizzi in rappresentanza del Segretario del Partito, il sen. Venino, il prefetto, l'on. Mezzi della « Dante Alighieri », il podestà, padre Agostino Gemelli, rettore dell'Università Cattolica, un grande numero di professori di chiara fama.

Il prof. Della Porta, presidente degli Istituti Ospitalieri, ringraziò gl'intervenuti e mandò un saluto al donatore.

Quindi il prof. Cesa Bianchi, direttore dell'Istituto, tenne il discorso inaugurale, illustrando i criteri cui egli si ispirò nel dirigere e nell'assistere, dal punto di vista tecnico-sanitario, la costruzione così genialmente ideata e compiuta dall'architetto Griffini. Dopo aver tracciato in sintesi il problema ospitaliero milanese attraverso la storia recente, egli affermò che il magnifico padiglione Granelli contribuisce a stabilire la sede definitiva delle cliniche universitarie di Milano.

L'oratore chiuse il suo discorso accennando al suo maestro prof. Devoto e mandando un pensiero alla memoria del sen. Mangiagalli, fondatore della Università di Milano.

In questi giorni è stata pure compiuta a Milano la grandiosa Scuola-Convitto per infermiere professionali, anch'essa nell'area dei Padiglioni Ospedalieri.

L'Istituto radiologico di Modena.

La Congregazione di Carità di Modena ha fatto sorgere in questa città il nuovo Istituto di radiologia e terapia fisica, nonchè centro modenese di accertamento diagnostico terapeutico per il cancro ed i tumori maligni, in un'ala del Policlinico.

Questo importante Istituto voluto dal Rettore Magnifico dell'Università, l'eminente radiologo comm. Ruggero Balli, arricchisce notevolmente l'attrezzatura sanitaria e di studio della provincia.

L'Ospedale psichiatrico di Sassari.

L'Ospedale psichiatrico provinciale di Sassari è stato arricchito di un padiglione di osservazione e di un padiglione di isolamento. Una trivellazione profonda 105 metri ha anche consentito di poter approvvigionare di acqua buona ed abbondante questo importante istituto a mezzo di moderno adeguato impianto di sopraelevazione meccanica. L'importo complessivo di queste opere è di oltre 8 milioni.

L'Ospedale di Bonorva.

L'ospedale di Bonorva, in provincia di Sassari, è sorto ad iniziativa della Congregazione di Carità di Bonorva, con i fondi provenienti da un lascito del comm. Manai, prefetto a riposo, e col contributo del Governo fascista. L'opera, che copre una superficie di metri quadrati 850 oltre al giardino attiguo, ha una cubatura di 11 mila metri cubi. La costruzione, improntata a severo stile sanitario, comprende i vari reparti per la chirurgia, la medicina, l'ostetricia, la maternità ed infanzia, oltre alle sale di isolamento, alle sale operatorie, ambulatorie, cappella ed accessori diversi. È dotata di impianti moderni di cucina, riscaldamento, disinfezione, lavanderia ed illuminazione ed è destinata a portare un largo contributo nell'opera sanitaria ed assistenziale di una fra le più importanti plaghe della provincia.

Il sanatorio di Borno.

Di notevole importanza è il Sanatorio di Borno, sorto in una incantevole località tra la valle di Scalve e la valle Camonica a 4 chilometri da Borno (Brescia).

L'edificio si compone di 3 piani, compreso il terreno, di un sotterraneo e di un sottotetto, in parte sistemato ad alloggi del personale. Il fabbricato, capace di ospitare una settantina di malati, è formato da camere ampie ben arredate, da corridoi vasti e aperti, il che permette di ottenere che tutti gli ammalati abbiano la possibilità di cambiare totalmente l'aria in brevissimo tempo e di essere investiti direttamente dai raggi del sole. L'ingresso al sanatorio è coperto da un ampio portico sistemato a veranda. Il sanatorio ha avuto quella conveniente sistemazione, anche dal punto di vista delle comodità e dell'igiene, che è propria dei più attrezzati ospedali moderni del genere. La spesa sopportata dal Consorzio per la costruzione del nuovo istituto ammonta a L. 1.350.000, ma a tale importo vanno aggiunte le spese inerenti all'acquisto dell'area, alla cinta del sanatorio, all'arredamento, per cui la spesa complessiva, a istituto funzionante, si aggirerà sui 2 milioni.

La Colonia sanatoriale di Bassano.

A cura del Consorzio provinciale antitubercolare di Vicenza, nella Colonia sanatoriale di Bassano si sono continuate le opere per l'ampliamento dell'Istituto, con la costruzione della Chiesa, di un nuovo padiglione maschile (con verande di soggiorno e capace di 50 letti) e di una casa colonica, con la sistemazione dei servizi di portineria e manutenzione di strade, viali, giardinaggi, ecc., per l'importo di lire 580.000.

Assistenza di bambini ammalati di Torino.

Il 23 novembre, alla Casa Littoria di Torino, presenti le gerarchie locali, il segretario federale A. Gastaldi ha esposto un nuovo a vasto piano di assistenza, completamente gratuito, che verrà espletato attraverso i Gruppi rionali in tutte le zone della città a favore dei bambini ammalati appartenenti alle famiglie bisognose, che si rivolgeranno alle organizzazioni del Partito per avere assistenza in questo delicato campo.

In accordo col prof. Grignolo, segretario del Sindacato medici, il segretario federale ha già coordinato tutta l'azione che verrà svolta e ha già completato i quadri dei pediatri e dei consulenti specializzati, perchè in ogni casa ove sono bimbi sofferenti, giunga gratuita la provvidenza voluta dal Duce.

Non sappiamo se, in che forma ed in che misura verranno compensate le prestazioni dei medici.

Federazione degli Istituti privati di cura.

Nella sede della Confederazione generale fascista dell'industria ha avuto luogo, l'1 corr., l'assemblea generale della Federazione nazionale fascista istituti privati di cura. È intervenuto l'on. Morelli, il quale, applaudito, ha portato il saluto del Sindacato nazionale fascista dei medici.

La riunione, alla quale ha partecipato una larga rappresentanza delle case italiane di cura delle varie provincie d'Italia, dopo aver approvato la relazione del presidente dott. Santo circa l'attività svolta dalla Federazione, ha provveduto alla nomina per le cariche sociali ed alla ratifica del conto consuntivo.

Gli importanti problemi interessanti la categoria sono stati ampiamente discussi con la partecipazione di diversi delegati.

L'opera dei medici sportivi.

Il presidente del C.O.N.I. ha espresso ai presidenti delle Federazioni sportive il desiderio che sia dato largo appoggio all'attività del medico sportivo in seno alle Società.

L'opera del medico — egli osserva — deve per il miglior rendimento della gioventù e degli atleti e per il perfezionamento dei nostri campioni, essere integrante quella degli istruttori e allenatori. Il parere del sanitario deve essere ascoltato in seno ai Consigli direttivi delle Società in considerazione delle molteplici cause che possono accrescere la responsabilità dei dirigenti delle Società stesse nella preparazione della gioventù sportiva fascista.

Pertanto le Società che ancora non avessero provveduto a richiedere l'opera del sanitario devono farlo senza indugio, comunicando alla Presidenza della Federazione italiana medici degli sportivi, il nome del sanitario a cui già ricorrono od al quale intendono ricorrere per la sorveglianza dei loro atleti. Questa prestazione deve essere retribuita o gratuita a seconda delle possibilità finanziarie delle singole Società.

Perchè la nostra gioventù divenga sempre più forte e sana, occorre che ricerchi lo sport quale mezzo idoneo a raggiungere tal fine; ciò si potrà solo ottenere perfezionando l'organizzazione sportiva e ricorrendo anche al sussidio della scienza medica.

Un grande autotreno di soccorso in Germania.

Dopo lunghi mesi di minuziosa preparazione è ora pronto un autotreno speciale destinato a portare il più rapido e valido soccorso sui luoghi di improvvise gravi sciagure: inondazioni, terremoti, cicloni e simili. È formato da otto grandi vetture espressamente costruite dalla fabbrica Magirus, nota per i suoi carri dei vigili del fuoco e per altri tipi di veicoli. Contengono rilevanti quantità di viveri, materiale sanitario d'ogni genere, nonchè quegli attrezzi e apparecchi di cui dolorose esperienze hanno rivelato l'utilità e che la più moderna tecnica è in grado di fornire. Il treno fu inaugurato a Monaco dal ministro degli Interni bavarese Wagner il 9 novembre alla presenza del Cancelliere Hitler, che all'idea e all'attuazione di essa ha dato il proprio alto interessamento.

Medico che prima di morire vuole indossare la camicia nera.

È morto a San Giovanni (Lecco) il dott. Ulisse Vaccari, volontario di guerra. Già da tempo egli aveva chiesto di iscriversi al Partito Nazionale Fascista e la domanda era ancora all'esame delle competenti gerarchie; se non che, di questi giorni una malattia, che aveva costretto il Vaccari a letto, si era aggravata, lasciando temere per la sua vita. Sentendo che la sua fine si approssimava egli chiese che si affrettasse la pratica della iscrizione al Partito, onde poter indossare — prima di morire — la camicia nera, ultimo suo voto. Di esso i familiari si resero subito interpreti presso le gerarchie e il Segretario politico di Lecco, ottenutane l'autorizzazione, si recava a San Giovanni, accompagnato dai membri della Consulta e alla presenza dei parenti procedeva, al letto del malato, alla consegna della tessera e della camicia nera, mentre, fra la commozione dei presenti, il dott. Vaccari pronunciava la formula del giuramento, accompagnandola con parole di esaltazione del Duce e del Regime. Subito dopo, due ufficiali superiori dell'Esercito comunicavano al Vaccari la notizia della sua promozione a maggiore.

Alla famiglia Vaccari le nostre profonde condoglianze per la luttuosa perdita.

Corsi di perfezionamento e specializzazione in tisiologia.

Sono stati organizzati corsi di perfezionamento e di specialità in tisiologia presso l'Istituto Benito Mussolini (Clinica delle malattie respiratorie della R. Università di Roma), diretto dall'on. prof. Eugenio Morelli. I corsi sono semestrali e biennali; rivolgersi rispettivamente al comm. Ernesto Basso (piazza Venezia 11), ed alla segreteria dell'Università (via della Sapienza). Chi è munito del certificato di perfezionamento semestrale e intendesse iscriversi al corso biennale, dovrà rivolgersi al prof. Attilio Omodei Zorini, presso l'Istituto (a Porta Furba).

Viaggio medico in Italia.

Abbiamo già dato ripetutamente notizie del viaggio medico internazionale organizzato in Italia da « Clínica y Laboratorio » e da « La Opinión Médica ».

Riportiamo ora l'itinerario: 15 dicembre Barcellona-Marsiglia; 16 Marsiglia-Milano; 17 Milano; 18 Pavia-Venezia; 19 Venezia; 20 Venezia-Bologna; 21 Bologna-Firenze; 22 Firenze; 23 Firenze-Roma; 24-26 Roma; 26 Roma-Napoli; 27 Napoli; 28 Napoli-Pisa; 29 Pisa-Genova; 30 Genova-Ventimiglia; 31 Ventimiglia-Barcellona. Chiedere il programma al rag. Santo Vanasìa, via Omboni 5, Milano.

Intossicazioni alimentari.

Un episodio d'intossicazioni alimentari si è avuto in due paesi del Grossetano — a Cinigiano ed a Cana — in seguito al consumo di pane confezionato con farina adulterata mediante ossido di zinco, allo scopo di aumentarne il peso. Si devono deplorare tre morti (di due bambine e una donna); altre persone sono state ricoverate negli ospedali di Siena e Grosseto. La diagnosi, posta dal Galdi, venne confermata da un'inchiesta ordinata dal Prefetto.

I responsabili, gestori di un molino di Cinigiano — tali Pompilio Meucci da Calci (Pisa) ed Enrico Bolgi da Montecalcino (Siena) — sono stati tratti in arresto e si è ordinata la chiusura del molino.

Azione giudiziaria contro il direttore di un manicomio.

Un demente ricoverato nell'Asilo di Montdevergne (Francia), per il quale la famiglia corrispondeva una pensione annua di 10.950 franchi, eludendo la vigilanza del personale, si era gettato da una finestra priva d'inferriata, uccidendosi. La famiglia intentò causa contro il direttore, dott. Antoine Castamaer, che dal Tribunale di Avignone era stato condannato; ora però la Corte d'Appello di Nîmes ha assolto il sanitario, perchè la costruzione e il funzionamento dell'Asilo erano stati approvati dall'autorità prefettizia competente e perciò l'infortunio esula dalla responsabilità del direttore e l'azione andrebbe diretta contro l'autorità amministrativa; la famiglia è stata condannata alle spese del giudizio.

Una strana cerimonia degli studenti medici in Cina.

A quanto riferisce il « Chinese Medical Journal », gli studenti dell'Università Nazionale di Peiping hanno compiuto un pellegrinaggio al tempio di Kwangannenwai, per offrire dei sacrifici agli spiriti di coloro i cui cadaveri sono stati sezionati con intendimenti di studio negli Istituti dell'Università. Questi cadaveri vengono seppelliti in uno speciale cimitero, che appartiene all'Università. Tutti gli anni, il 30 aprile, il cimitero stesso viene visitato e vi si fanno offerte propiziatrici. I cadaveri per lo più appartengono a persone poverissime della città, curate nelle cliniche universitarie e che hanno dato il loro consenso all'autopsia.

Campionamento internazionale dell'ormone estrogeno.

Sotto gli auspicî della « Commissione permanente per la standardizzazione biologica » dell'Organizzazione d'igiene della Società delle Nazioni, si era tenuta a Londra, nel luglio dello scorso anno, una conferenza per addivenire ad una convenzione internazionale sulle unità di misura degli ormoni sessuali. Si riconobbe che le nostre conoscenze sono già abbastanza progredite per consentire la standardizzazione dell'ormone sessuale maschile e di quelli del lobo ipofisario anteriore e del corpo luteo. Quanto all'ormone estrogeno contenuto nell'urina di gestanti, si riconobbe che è già definito chimicamente; esiste sotto due forme: chetoidrossi- e triidrossi-. Più attiva è la prima forma, che venne prescelta; il campione cristallino venne dato in deposito all'Istituto Nazionale di Ricerche Mediche di Londra; l'unità corrisponde ad un decimillesimo di milligrammo. Varî Istituti autorizzati di varie Nazioni hanno ora inviato materiali per il campionamento; i lavori proseguono.

Un po' dovunque.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale, richiamandosi alle dichiarazioni fatte nel convegno dei Rettori delle Università e dei Direttori d'Istituti d'istruzione superiore, ha diramato una circolare per ribadire le direttive del Governo per la disciplina fascista degli studî.

Su proposta della Prima Sezione del Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale, la Corte di disciplina dei professori universitari è stata composta dei proff. Di Marzo Salvatore, Patetta Federico, Barassi Lodovico, Ferrata Adolfo, Rossi Vittorio, Giordani Giuseppe, Grandoni Remo, Cicconetti Giovanni.

Il Governatorato di Roma ha stabilito l'applicazione di una serie di norme per la distribuzione e per la vendita del latte; esse rispondono anche alle esigenze dell'igiene.

L'Associazione Medica Triestina (Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici) si è adunata il 24 novembre, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario F. Donini. Furono fatte comunicazioni dai soci: prof. E. Rimini, prof. Jacchia, dott. P. Tagliaferro, dott.a L. Chiuminatto.

La Società Medico-Chirurgica Bellunese si è adunata il 1° novembre, sotto la presidenza del prof. G. Pieri, assistito dal segretario dott. G. Locatelli. Furono fatte comunicazioni dai dottori: prof. M. Dalla Palma, prof. D. Maselli, prof. G. Pieri, V. De Zanche, P. Amadori.

La Società Medico-Chirurgica Bergamasca si è adunata il 25 settembre; furono fatte comunicazioni dai dottori Mazzoleni e Galmozzi.

La città di Palermo si è arricchita di un nuovo stabilimento di disinfezione, con attrezzatura moderna e razionale.

Il Consorzio antitubercolare di Torino ha attivato le Sezioni dispensariali di Chivasso e di Susa, in appositi edifizi, sorti su aree donate dai due Comuni e modernamente attrezzati.

A Mortara si è inaugurato un Asilo-nido per la maternità e l'infanzia. È un edificio di stile '900 comprendente, oltre ai servizi relativi, un ambulatorio ostetrico diretto dal prof. Dallera, un ambulatorio pediatrico diretto dal prof. Zamorani, ed è centro d'assistenza della maternità e dell'infanzia di Mortara e Comuni contermini; venne donato dal gr. uff. Q. Rossi.

Il ministro della Giustizia, on. De Francisci, ha visitato l'Istituto medico-pedagogico forense, sorto a Roma, nel quartiere Monteverde, per iniziativa del Patronato dei Minorenni.

È stato inaugurato un « reparto antitubercolare » in seno alla Società medico-chirurgica della provincia di Catanzaro.

L'Ospedale Italiano Benito Mussolini di Alessandria d'Egitto sta organizzando una Biblioteca medica italiana, che verrà aperta gratuitamente al pubblico e che si proporrà quindi di far conoscere e diffondere in Egitto la nostra produzione scientifica. A tal fine è stata diramata ai medici italiani una circolare con la quale si rivolge la preghiera di far omaggio di una copia delle loro pubblicazioni (estratti di riviste, volumi ecc.)

Il dott. H. J. Burkhart e il prefetto della Senna, incaricati, dal compianto G. Eastman, di provvedere alla costruzione di un Istituto dentario a Parigi — pel quale egli lasciò un milione di dollari — hanno ottenuto gratuitamente dal Municipio di Parigi l'area su cui sorgerà l'Istituto.

Il 14° « Salon » dei sanitarî (esposizione di lavori artistici di medici, farmacisti e dentisti) avrà luogo nel febbraio 1934, ai « Champs-Elysées » di Parigi. L'inaugurazione sarà onorata dall'intervento del presidente della Repubblica. Per informazioni ed iscrizioni scrivere al segretario organizzatore, P.-B. Malet, rue Lecourbe 46, Paris (XVe).

Il prof. Cantacuzène di Bucarest ha esposto, in una conferenza tenuta alla Facoltà medica di Bordeaux il 20 novembre, i risultati delle sue ricerche sulla difesa del peritoneo e sul compito dell'epiploon. Vi assistevano il rettore dell'Università, il decano prof. Sigales e molti professori.

È scoppiata a St. Louis e nella Kansas City un'epidemia di encefalite letargica; fra le due città al 1° ottobre erano stati denunziati 200 casi di morte.

Il 12 novembre nella Clinica Medica di Torino si è inaugurata una lapide che ricorda il prof. Carlo Cipriani, già aiuto della Clinica stessa, morto prematuramente poco più di un anno fa. Parlarono il prof. Arnaldo Maggiora Vergano e il prof. Ferdinando Micheli.

Il presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Milano, prof. Carlo Baslini, ha nominato, d'accordo col Prefetto, una commissione composta dei proff. A. Pepere, P. Rondoni, A. Valenti, M. Donati, L. Zoia, per sottoporre a controllo il metodo di cura miracolistico del cancro, attribuito dai giornali al dott. Scheppati, iscritto nell'albo di quell'Ordine dei Medici.

La Corte di Cassazione (II Sezione) ha respinto il ricorso di due infermieri, Giovanni Zuliani e Giuseppe Molisan, condannati, in secondo grado, a sei mesi di reclusione per omicidio colposo, poichè non prevennero l'atto insano di un demente, che essi accompagnavano per il trasferimento dall'Ospedale psichiatrico di Udine a quello di Aversa. Durante il viaggio in treno, il demente si lanciò contro un finestrino, infrangendone il vetro e precipitando all'esterno: riportò delle ferite che ne determinarono la morte.

Il dott. G. Cingolani, dell'Ospedale di S. Giovanni in Roma, è stato investito da un'automobile, riportando frattura delle ossa nasali e lieve commozione. Augurî di piena guarigione all'egregio collega.

Il Tribunale Penale di Aix in Provenza ha condannato alla pena di morte il dott. G. Sarret, colpevole di aver ucciso due persone e averle fatte scomparire in un bagno d'acido solforico.

È deceduto a Napoli, il 30 novembre, in età di 86 anni, il prof. ARNALDO ANGELUCCI, emerito di Clinica oculistica in quell'Ateneo, ove tenne la cattedra per un ventennio, succedendo al prof. De Vincentis.

Era nato a Subiaco, in provincia di Roma.

Notevole fu la sua azione tenace contro il tracoma.

Aveva tendenze artistiche e letterarie, che armonizzava con l'attività di studioso e di professionista, e lascia una galleria di quadri tra le più importanti di Napoli.

Era vice-presidente della Società internazionale contro la cecità. Fu assessore del Comune di Napoli. M. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Rev. Españ. de Med. y Cir., sett. — J. P. CANALIS. Nuova terapia del tremore.

Riv. Ital. di Terapia, 31 ag. — L. BIANCHI. Vaccinoterapia per via endov. nella brucellosi umana.

South Afr. Med. Journ., 26 ag. — Numero sull'allergia.

Wien. Klin. Woch., 22 sett. — CHIARI. Miocardite. — TÖRÖK. Il cloro nel liquor e diagn. precoce della malattia di Heine-Medin.

Med. Klinik, 23 sett. — W. KNOLL e al. Grandezza del cuore e sport. — H. SCHWANN. Il trattamento del male di testa.

Paris Méd., 23 sett. — J. JULLIEN. Brucellosi e tbc.

Med. Klinik, 22 sett. — J. BAUER. Patologia dell'obesità. — K. P. EISELSBERG. Ipoglicemia spontanea.

Morgagni, 27 ag. — A. TARSITANO. Ipertensione venosa solitaria.

Brit. Med. Journ., 23 sett. — E. NOVAK, R. W. JOHNSTONE. Aspetti ginecologici dell'endocrinologia.

Forze San., 10 sett. — L. BERNARD. Quello che la medicina deve all'Italia.

Pathologica, 15 sett. — P. MARRI. Immunità antitetanica.

Presse Méd., 20 sett. — A. TZANK. Introduz. allo studio dell'immunologia moderna.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 sett. — Numero di cardiologia.

Prensa Méd. Arg., 30 ag. — C. ACHARD. Tumori del cuore — J. POU. I raggi ultra-rossi.

Arch. Urug. de Med. ecc., ag. — A. TURENNE. Ritenzione uterina del capo fetale isolato. — L. M. PETRILLO. Clima e malattie infantili.

Riv. di Cl. Ped., sett. — C. COMBA. Sieroterapia antidifter. — G. FROLA. L'acrodinia infantile.

Ann. Inst. Pasteur, sett. — P. LÉPINE. Ricerche sul tifo esantematico. — R. LE GUYON. L'ultrafiltrazione in batteriologia.

Journal A. M. A., 9 sett. — L. S. PETERS e P. G. COMISH. Pneumolisi intra- ed extra-pleurica nel trattam. della tbc. polm. — B. CUSHMAN. Cefalea funzionale d'orig. pituitaria.

Deut. Med. Woch., 22 sett. — MUNK. Il « linfatismo ». — SCHNEIDER. Psicosi e malattie interne.

Jornal dos Clinicos, 15 e 30 ag. — H. FROES. Epidemiologia e profilassi della malaria.

Forze San., 20 sett. — G. FERRERI. La röntgenterapia della tbc. laringea.

Revue de Méd., lug. — Numero di cardiologia.

Revue Neur., ag. — L. VAN BOGAERT e I. BERTRAND. Leucodistrofie progressive familiari.

Deut. Med. Woch., 29 sett. — Numero sui tumori maligni.

Marseille-Méd., 25 giu. — Numero sulle meningiti.

Haematologica, V. — H. L. STEWART e al. Granulopenia. — C. LORETO. Un caso di malattia sistematica dell'apparato emolinfopoietico.

Arch. di Patol. e Cl. Med., ag. — A. VELICOGNA. Micosi polmonari da torulopsidee. — D. MIRCOLI. Ricambio idrico e prove di Volhard nei soggetti normali. — P. ROLANDI RICCI. Narcolessie familiari. — G. DAGNINI. Elettrocardiogramma nell'età senile.

Arch. It. Mal. App. Dig., III. — G. OSELLADORE. Linite plastica dello stomaco. — C. TEDESCHI. Diverticoli dell'intestino.

Giorn. di Clin. Med., 20 sett. — M. Massa e G. Zolezzi. Terapia dell'anemia pernic. col rosso Congo. — G. Vercellara, Antagonismo fra tbc. e tumori maligni. — M. Gavazzeni. Lo xilosio applicato allo studio delle funzioni renali.

Arch. Ital. di Chir., 4. — F. Fedeli e E. Sacco. Correlazioni fisiologiche e sintonie patologiche reno-renali.

Arch. It. di Anat. e Ist. Pat., mar.-apr. — A. Algranati Mondolfo. Ricerche sulla pineale. — A. Fabris. Tbc. primitiva della milza.

Presse Méd., 27 sett. — A. Calmette. La tbc. è realmente contagiosa? — M. Joly. Angina di petto e radioterapia.

Presse Méd., 30 sett. — H. Mondor e A. Sicard. I lipomi del grande labbro.

Practitioner, ott. — Trattamenti moderni nella pratica generale.

Paris Méd., 30 sett. — Izard e al. Epatite subacuta epidemica con eosinofilia.

Bull Méd., 30 sett. — Numero sulle malattie infettive.

Amer. Journ. of Cancer, sett. — M. Sanchez. La reaz. di Abderhalden nella diagn. dei tum. mal. — M. Coleman Mensor. Tumori ossei. — A. Hunter. L'eredità del cancro nell'uomo. — E. B. Krumhaar. Progressi reali e falsi nelle ricerche sul cancro.

Revue de Chir., ott. — E. Juvara. Osteosintesi.

Brit. Med. Journ., 30 sett. — J. Parkinson e al. Radiologia del cuore.

Med. Klinik, 1 ott. — E. Forster. Disturbi afasici. — H. Liebig. Terapia iodica.

Med. Welt, 30 sett. — C. L. Karrenberg. Il problema dell'eczema. — R. Freund e E. Friedrich. La cosidetta eresipela da stafilococchi.

Bruxelles-Méd., 1 ott. — J.-X. Muller. Una nuova terapia antidiabetica.

Pediatria, 1 ott. — A. Laurinsich e E. Zambrano. Bacillemia tbc. nell'infanzia. — A. Cerza. Ittero dei neonati.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 24 sett. — G. Norsa. Benzinismo e benzolismo professionali.

Journ. A. M. A., 16 sett. — B. C. Hirst. I problemi della ginecologia. — B. O. Barnes. L'amniotina nel diabete sperim.

Giorn. di Med. Mil., sett. — E. Maragliano. Resistenza alle malattie tbc. — Malan, Il problema tonsillare. — Franchi. La seconda reaz. di chiarific. Meinicke.

Arch. di Patol. e Cl. Med., sett. — G. Scaglia. Il pneumotorace art. nella cura dell'echinococcosi polm.

CRONACA EPIDEMIOLOGICA

Le malattie infettive in Italia.

Mese di Maggio 1933

Malattie	1-7		8-14		15-21		22-28		29/5-4/6	
	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi	Comuni infetti	Casi
Morbillo	275	1004	290	1800	315	1945	269	160	317	2505
Scarlattina	142	361	125	3[illegible]9	129	363	158	377	188	516
Varicella	124	409	151	445	157	442	117	285	157	465
Vaiuolo e Vaiuoloide	—	—	—	—	1	3	—	—	—	—
Tifo addominale	100	162	157	253	165	273	140	235	200	352
Difterite e Croup	241	428	268	477	256	495	232	417	280	539
Meningite cerebro-spinale	10	11	12	14	5	5	6	7	8	8
Encefalite letargica	—	—	—	—	—	—	3	3	4	4
Poliomielite cutanea ac.	4	4	6	8	5	5	3	3	10	10
Dissenteria	1	2	8	11	6	11	6	7	6	6
Pustola maligna	7	7	15	15	14	15	15	18	13	16

Tifo petecchiale. Colera asiatico. Peste bubbonica. — Nessuna denunzia.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier

ANNO XL   Roma, 18 Dicembre 1933 - XII   Num. 51

"IL POLICLINICO"

fondato nel 1893 dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI

Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

Clinica Chirurgica della R. Università di Cagliari.

Osteomielite cronica semplice della mandibola con dente incluso aggravata da estrazione del 3° molare superiore.

Prof. G. BAGGIO, direttore.

Il caso odierno (25-IV-33) rispecchia l'esperienza giornaliera. Uno di quei malati che rientrano nella piccola chirurgia d'urgenza.

La storia che abbiamo potuto raccogliere è la seguente.

At. Francesco fu Giovanni, da Sinnai, anni 52, contadino, coniugato.

Nulla di rilevabile nell'anamnesi familiare. Nell'anamnesi patologica remota figurano: una polmonite a 20 anni; a 35 anni malaria; 13 anni fa in seguito ad un trauma (scheggia di acciaio) ha avuto una panoftalmite all'occhio sinistro, che gli venne enucleato.

Ha sofferto spesso di mal di denti. Negli ultimi anni ha subìto l'estrazione di due molari inferiori a destra e dei premolari, sempre a destra, per carie di terzo grado. Spesso, prima dell'estrazione dei denti, la regione della guancia dello stesso lato si è tumefatta, ma la tumefazione regrediva spontaneamente dopo qualche giorno. Da alcuni anni ha sofferto per carie del terzo molare superiore destro. Sei giorni prima dell'ingresso in Clinica, si è recato da un sanitario perchè si procedesse all'estrazione di detto molare.

L'estrazione è avvenuta senza alcun incidente. Dalla ferita si è avuta modica fuoriuscita di sangue per tutta la giornata. Il pomeriggio dello stesso giorno l'infermo ha accusato dolore in corrispondenza della metà destra del mascellare inferiore. Contemporaneamente si è manifestato un dolore puntorio di lieve intensità nella regione sopraioidea. Portando la mano in detta regione vi ha apprezzato alcune tumefazioni di grandezza varia, ma al massimo di una nocciola, spostabili, dolenti.

Il giorno dopo, la regione sopraioidea si è diffusamente tumefatta, il dolore puntorio è aumentato di intensità. La sera ha avuto un brivido, seguìto da temperatura febbrile.

Durante il secondo giorno di malattia la tumefazione è notevolmente aumentata, rendendosi manifesta anche nella regione del mascellare destro. Il dolore, da puntorio, è diventato pulsante. La sera, altro brivido seguìto da elevazione febbrile.

Nel terzo giorno, tumefazione e dolore sono ancora aumentati. Mentre nei giorni precedenti l'infermo si era nutrito con alimenti solidi, dal terzo giorno non ha potuto ingerire che liquidi. Essendo, nei due giorni successivi, aumentati, tumefazione, dolore e disturbi della deglutizione,

nonostante i continui impacchi praticati dal medico curante, viene inviato a questa Clinica, con diagnosi di angina di Ludwig.

Esame obbiettivo locale. — Ispettivamente la metà destra della faccia appare deformata da una tumefazione che si estende alla regione sopraioidea. La cute che ricopre la tumefazione è rossa, tesa, lucente, integra.

Alla palpazione si rileva aumento di temperatura. La tumefazione è dolente su tutta la sua estensione, ma specie nella regione sottomentoniera, dove si apprezza fluttuazione.

Invitando il paziente ad aprir la bocca, si osserva come l'apertura è limitata dal dolore. La lingua, ricoperta da una patina biancastra, si muove liberamente nel cavo orale. Il pavimento è alquanto sollevato. Le ghiandole sottolinguali bene evidenti e aumentate di volume. L'emiarcata inferiore ed il fornice gengivale destro sono aumentati di volume, edematosi e ricoperti da essudato purulento. Mancano i molari ed i premolari corrispondenti.

Le fauci sono arrossate. Sulla faccia interna delle guancie si osservano numerose flittene ripiene di liquido sieroso ematico.

Premendo in corrispondenza delle gengive, si spreme un po' di pus da tutti gli alveoli.

Esame obbiettivo generale. — Costituzione scheletrica regolare. Manca l'occhio sinistro. Apparecchio circolatorio e respiratorio normali. Fegato e milza nei limiti. Urine normali.

Ci troviamo dunque di fronte a questa successione di fatti: estrazione di un dente, flogosi della regione boccale e sopraioidea.

La diagnosi di angina di Ludwig, posta dal Collega che vide il malato prima di noi, significa, anzi tutto, angina, cioè strettura della così detta gola (che equivale all'istmo delle fauci e alla faringe orale) poi, significa diffusione del processo infettivo che la sostiene, ai connettivi interstiziali della parete laterale della faringe, del pavimento orale, della regione sopraioidea, in forma di flemmone che produce notevole tumefazione e indurimento reattivi. Il reperto obbiettivo del nostro malato collima in parte con questa diagnosi, ma in parte ne esorbita. E cioè: non sono soltanto la parete laterale della faringe, il pavimento orale e la regione sopraioidea quelli che sono tumefatti; la tumefazione interessa anche la regione mandibolare e, non alla sola ispezione esterna risulta la sua tumefazione (chè potrebbe trattarsi di edema flogistico delle parti molli esteso dalla regione sopraioidea), ma pure all'ispezione e alla palpazione endoboccale, alle quali si rileva sollevamento e indurimento del solco gengivo-genieno, quindi, compartecipazione dei tessuti che sono in immediata vicinanza dello scheletro mandibolare. Di più, all'ispezione endoorale s'è visto (come alcuni di voi hanno pure constatato) un rivolo sottile di pus, la cui provenienza sfuggì perchè, dopo averlo asciugato, non ci riuscì più di riprodurlo.

Se questo rivolo avesse segnato l'apertura spontanea del flemmone (cioè della flogosi suppurativa di connettivi comuni) avrebbe dovuto essere seguito rapidamente dallo svuotamento facile del pus raccoltosi, il quale non può essere in piccola quantità, data la fluttuazione che si apprezza nella regione sopraioidea. Vuotamento spontaneo di questo genere avviene talvolta da parte di ascessi peritonsillari.

Nel caso nostro, invece, l'affioramento parziale del pus fa pensare ad altra provenienza, e, per tradurre ora un concetto semplicemente orientativo, dirò che fa pensare ad una provenienza più profonda che non sia quella dei connettivi interstiziali.

Riprendiamo quindi l'analisi dei sintomi del nostro malato ricollegando quanto più sia possibile anamnesi ed esame obbiettivo.

L'anamnesi è monca nei riguardi di quell'estrazione del dente, perchè sarebbe stato giovevole conoscere l'entità dello stato morboso che ha determinato l'estrazione. Il dente era cariato, dice il paziente, e noi aggiungeremo che, con ogni probabilità, la carie avrà dato luogo alla periodontite. Poi il malato ci dice che in seguito all'estrazione sarebbe uscita soltanto modica quantità di sangue, nel che si potrebbe riconoscere elemento negativo per flogosi di alto grado ossia con suppurazione abbondante dell'alveolo e quindi estesa al di là del periodonte, a formare la così detta *para-* (invece che peri-) odontite. Germi infettanti c'erano indubbiamente se il referto corrisponde a verità, ed è assai facile ammettere che tali germi abbiano dato la linfoadenite sotto mascellare che viene prospettata dalla versione del malato mediante il riconoscimento di quei noduli distinti di cui è cenno nell'anamnesi.

Dalla linfoadenite all'adeno-flemmone che constatiamo oggi, il passo è breve. Tale successione morbosa può essere ricostruita facilmente anche in decorso naturale di una paradentite: tanto più può essere accettata nel nostro malato quando si aggiunga il trauma dell'estrazione del dente. Il quale trauma dimostra la sua azione anche in altro modo, cioè nel trisma di cui riscontriamo tuttora i residui, trisma che è riportabile a contrattura spastica dei masticatori. L'estrazione riguarda il terzo molare superiore. La causa infettiva diffusa dall'alveolo di quel dente può aver raggiunto la fossa pterigo-mascellare, quindi i muscoli pterigoidei, poi, espandendosi lungo la superficie interna della branca montante della mandibola e circondandone il margine posteriore, può aver raggiunto il massetere coinvolgendolo nella flogosi assieme all'intera regione masseterina, la quale è tuttoggi tumefatta. Ma con ciò siamo ancora lontani dallo spiegare tutta la fenomenologia del nostro caso, perchè dovremmo ammettere ancora che dalla regione masseterina la flogosi si fosse estesa a tutta la superficie esterna della metà destra del corpo della mandibola, che risulta pure tumefatta. Ora — se la provenienza è quella che abbiamo detto — questo sconfinamento della flogosi oltre i limiti di inserzione

del massetere non risponde ad interpretazione suffragata dalla esperienza, perchè è difficile che una suppurazione usuri le inserzioni muscolari per diffondersi oltre. Rimane dunque da spiegare per quale motivo sia tumefatto il corpo della mandibola destra.

A complemento dello studio clinico abbiamo fatto eseguire una radiografia e questa ci ha dato il seguente reperto, che potete osservare (fig. 1). Nel corpo della mandibola è incluso un dente molare, sviluppato interamente, disposto in direzione orizzontale anteroposteriore, dentro una cavità le cui pareti limitano attorno ad esso uno spazio trasparente ai raggi e continuantesi all'indietro con un'ombra più opaca di quella del resto della mandibola, pure limitata abbastanza nettamente; un'altra ombra, presso a poco di eguale opacità, cuneiforme, è situata più addietro ancora e più in alto, a toccare il bordo alveolare. Queste figure, disgiunte dal resto della mandibola, risaltano ancor di più quando si tenga conto della netta evidenza dell'ombra corrispondente al margine inferiore della mandibola stessa.

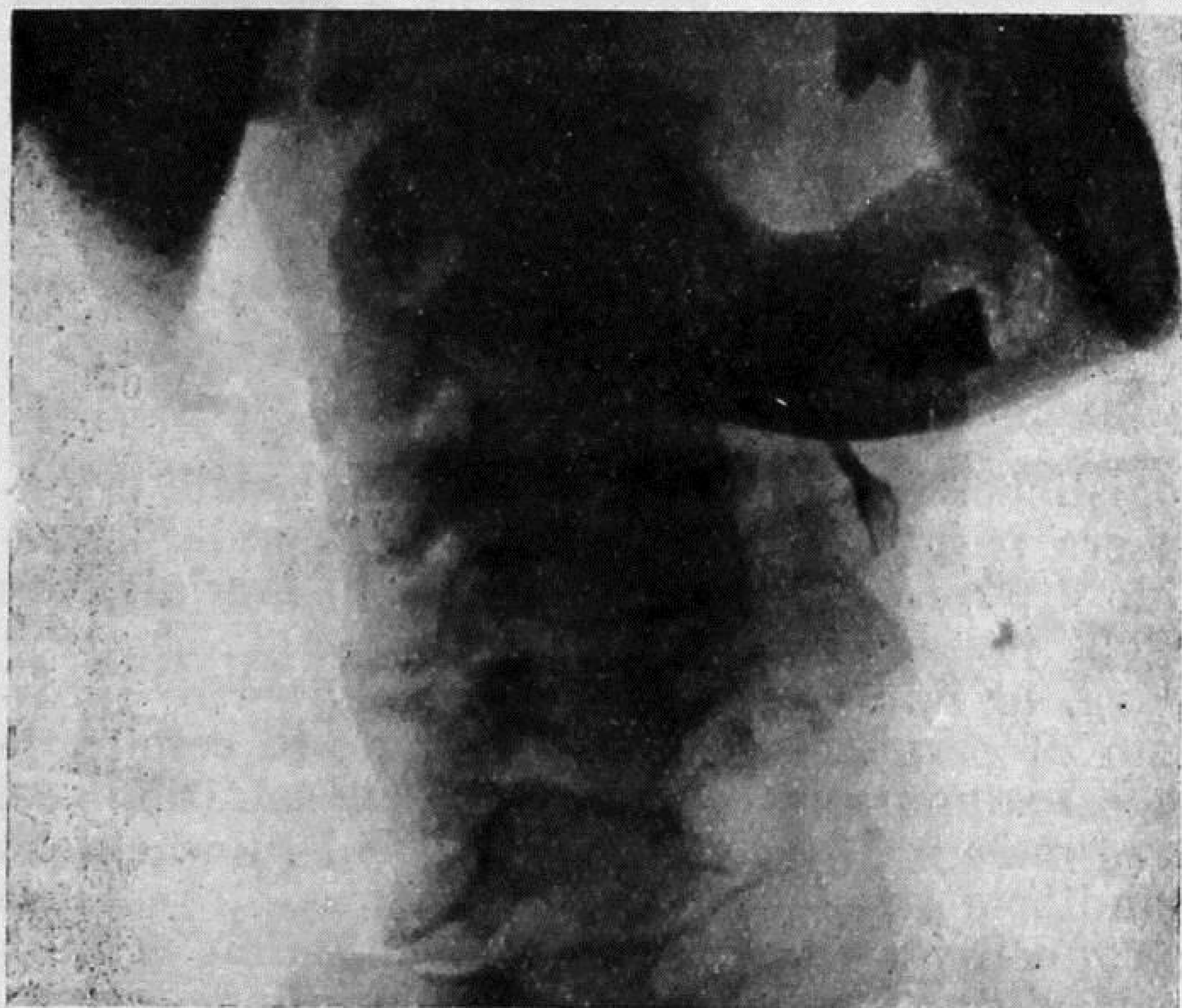


FIG. 1.

Ora, questo reperto ci permette di costruire una ipotesi che sarebbe capace di spiegare tutta la storia del nostro malato, senza lacune; nella quale l'estrazione del terzo molare superiore entrerebbe per la sua parte, ma per una parte soltanto, non per intero, al che si è dimostrata insufficiente. L'ipotesi è questa: una carie dentaria mandibolare destra, diffondendo l'infezione all'alveolo e allo spessore delle sue pareti, può aver raggiunto il sacco dentario del dente incluso, il quale, agendo da corpo estraneo, ha favorito la persistenza e la diffusione della flogosi nello spessore della mandibola, in forma di osteo-mielite che ha prodotto i suoi sequestri e le relative cloache, comunicanti con l'esterno in modo insufficiente attraverso le sacche gengivali o piccole ulcerazioni della mucosa. Esacerbazioni del dolore richiamarono l'attenzione sui denti o sul dente, e un primo dente venne estratto. La estrazione stessa avrà servito a favorire il deflusso di pus, e i sintomi si attenuarono; poi ripresero ad esacerbarsi e probabilmente entrò in campo un altro dente. Notate che al malato mancano tutti i denti inferiori destri. E quando non ci furono più denti da estrarre in basso, si cominciò ad estrarre in alto: dove il dolore può avere avuto sede di irradiazione più che di insorgenza, tenuto conto della distribuzione del trigemino, innervatore comune delle arcate dentarie inferiore e superiore.

Con ciò non vogliamo disconoscere l'infezione propria del dente estratto. Tutti i denti superstiti sono colpiti da piorrea. Non abbiamo dunque difficoltà ad ammettere la già prospettata acutizzazione della flogosi da estrazione. Ma vogliamo dire che, rispetto ad essa, le condizioni della mandibola stanno a sè, suscettibili di aggravamento indiretto a loro volta, ma riportabili originariamente a causa propria.

Anzi, il fatto che, almeno la parte acuta della fenomenologia ora presente e che data da sette giorni, si sia stabilita a seguito dell'estrazione del terzo molare superiore destro, è inoppugnabile, in base a dati anamnestici molto semplici; e tale constatazione ci obbliga a ribadire un rilievo già fatto in altri casi quest'anno stesso. A seguito di estrazioni dentarie in corso di infezioni locali, possono insorgere fenomeni complicativi, anche gravi.

Ebbene, queste complicazioni potrebbero essere evitate se si procedesse con più prudenza e attenendosi più strettamente alle nozioni della patologia dentaria e chirurgica in genere. Quando la flogosi abbia sconfinato dalla radice del dente, e tenda a procedere, per lo più segue il periodonte e lungo di esso si diffonde alla gengiva, la quale, al margine dell'alveolo è fusa col periostio. Per questa via, in breve tempo si fa strada verso la superficie esterna del bordo alveolare, al disotto del periostio o sotto la gengiva. La tumefazione in questa sede si manifesta pochissimi giorni dopo l'inizio dei sintomi acuti della periodontite. Incidendo allora sulla tumefazione gengivale, o si apre la raccolta purulenta già formata o si coglie il processo flogistico allo stadio ancora flemmonoso. In ogni caso si dà esito ai prodotti della flogosi e si modificano le condizioni circolatorie della sede flogistica, in misura sufficiente per togliere virulenza alla causa infettiva e assicurarne l'esaurimento spontaneo. All'estrazione del dente, se è necessaria, si provvederà poi, quando il periodo acuto sia passato.

I sostenitori dell'estrazione così detta a caldo, avvalorano la considerazione che, estratto il dente, si toglie il tappo che copre il focolaio flogistico e tutto si risolve immediatamente. Ciò vale finchè il processo infettivo è tutto limitato al periodonte (periodontite); ma quando la flogosi abbia sorpassato il periodonte (paradentite), non vale più. Tolto il tappo del

dente, rimane quello dei coaguli che si formano poco dopo e, se si drena con garza, rimane quello del tampone di garza. In ogni caso è minima l'apertura di drenaggio che si assicura in questo modo ad un processo flogistico in piena evoluzione ascendente, in confronto di quella, sia pure indiretta, che si guadagna incidendo sulla regione gengivale. E non si tien conto che, estraendo il dente, si aprono vie sanguigne lungo le quali la diffusione della flogosi è facilissima. Si diffonde la flogosi, per queste vie, nello spessore del mascellare e si può diffondere fuori di esso. L'esempio visto tra noi quest'anno stesso riguardava un'osteomielite della intera mandibola. Ma, oltre alla complicazione osteomielitica, (che pure dà delle sequele protraentisi per mesi) bisogna considerare l'evenienza ben più grave, della setticemia mortale. In quella fossa pterigo-mascellare che ricordammo prima, si raccolgono vene in quantità enorme, che provengono dal territorio d'impianto dei denti, e quivi si possono formare trombo-flebiti, cioè flogosi settiche nell'ambito sanguigno, che possono rimanere in sito, circoscritte nei trombi stessi, ma possono pure generalizzarsi, se non si diffondono al cranio e alle meningi.

A questo contegno prudenziale ci atterremo anche noi nel caso presente: chè ci limiteremo per ora a dar esito al pus, incidendo sulla regione sopraioidea. E ci riserviamo di intervenire sullo scheletro a flogosi attenuata, se l'ulteriore decorso confermerà l'ipotesi patogenetica che abbiamo esposto.

Ma, oltre a questo insegnamento, il caso in parola ne dà un'altro, riguardante l'utilità che si può avere dalle opportune ricerche semeiologiche.

I rilievi sui quali basammo la nostra concezione diagnostica ci vennero dalla radiologia. Ora, desiderabile sarebbe di poter sfruttare sempre tutti i sussidii semeiologici; ma si sa bene che — purtroppo — non sempre si può aver tutto per metodo, ed è già molto se a certi mezzi di indagine si ricorre quando necessità lo imponga.

Impariamo allora a sfruttare un altro sussidio che dovrebbe essere a portata di tutti coloro che vogliono curare malati. Serviamoci del ragionamento. Quando tutto fila nella concatenazione dei dati raccolti e tutto si spiega senza lacune, bene: ma quando invece la lacuna si presenta e rimane, bisogna fermarsi.

Nel discutere la prima diagnosi, di angina di Ludwig consecutiva ad estrazione di dente, ci siamo trovati anche noi di fronte ad una lacuna, riguardante il comportamento della mandibola, e non riuscimmo a colmarla. Fu allora che invocammo il controllo radiologico. Il controllo portò i suoi lumi nuovi e la lacuna fu colmata.

Epicritica (6 maggio 1933). — La sera stessa del giorno in cui vedemmo il malato a lezione, gli fu vuotata la raccolta purulenta della regione sopraioidea. Si raggiunse allora la mandibola scoperta da periostio. Ieri, dopo che erano scomparsi interamente i fenomeni flogistici acuti, fu scalpellata dalla bocca la parte orizzontale della mandibola. Si demolì in superficie osso eburneizzato, si trovò poi una massa compatta ma non eburnea, che occupava la parte centrale della mandibola, dove la cavità midollare era sostituita da piccole cavità irregolari contenenti granulazioni

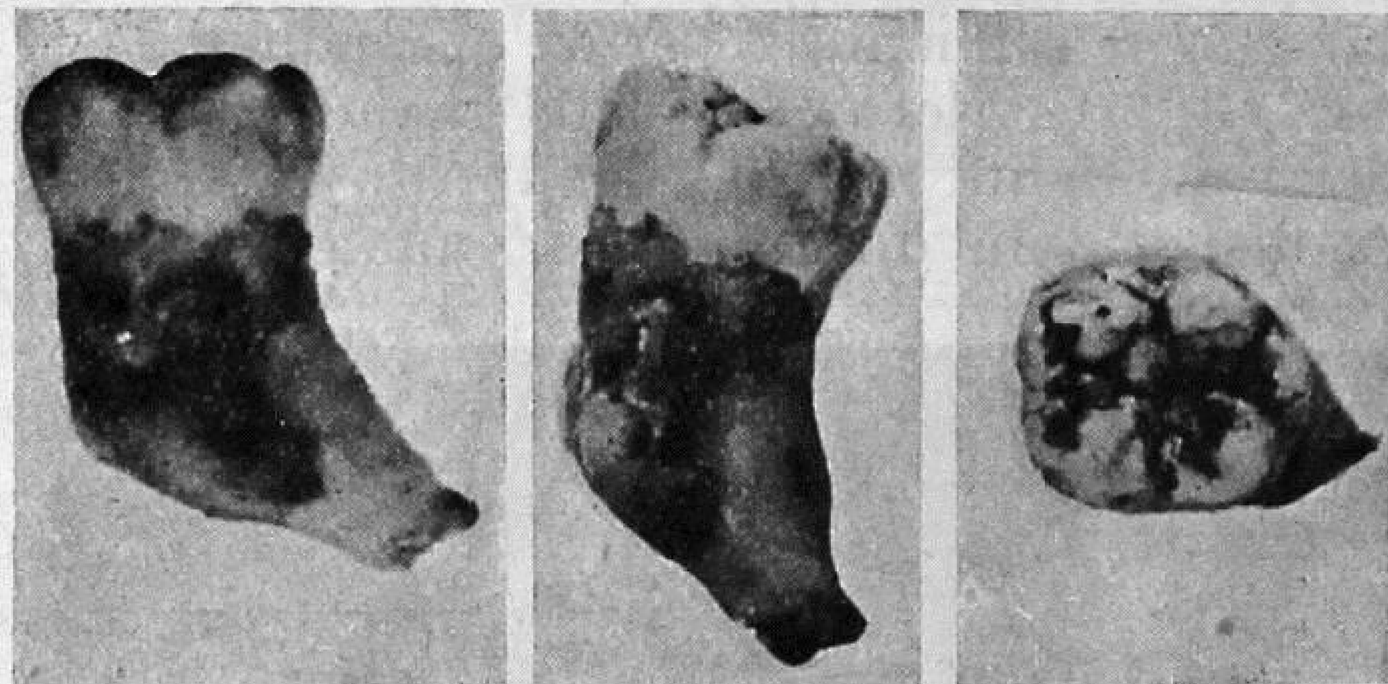


FIG. 2.

flogistiche. Il dente incluso, che ora vedete estratto, era posto in corrispondenza della sede del canino e pure circondato da tessuto di granulazione di cui presento una parte.

Ora, lo stato dello scheletro mandibolare sprovvisto di periostio dice come esso fosse colpito da flogosi suppurativa molto prima dell'estrazione del terzo molare superiore. Le condizioni interne della mandibola confermano ch'essa era invasa da osteomielite a decorso cronico e potremmo aggiungere, a tipo condensante. La successione dei fenomeni morbosi ci dice però che tutti i sintomi acuti del nostro malato sono insorti a seguito dell'estrazione dentaria; probabilmente per mobilizzazione di nuovi germi che hanno aggiunto virulenza a quella, attenuata, dei germi mandibolari.

Rispetto all'esito finale della cura possiamo riconoscere che l'acutizzazione ha portato un beneficio al paziente, assicurandogli la rimozione radicale del morbo che ignorava; ma non perde per questo il significato di conseguenza dell'estrazione dentaria. Invece, amplia il campo di considerazione di queste conseguenze e anche per tale riguardo ne aumenta l'importanza (fig. 3).



FIG. 3. — Lo stato della mandibola alla dimissione del malato: 35 giorni dopo l'intervento.

NOTE E CONTRIBUTI.

Istituto di Clinica Medica Gen. della R. Università di Roma

Direttore: Prof. Cesare Frugoni.

La contrattura di flessione del gomito come segno di infiammazione meningea.

Dott. Renato Almansi.

Per quanto la possibilità di provocare agli arti superiori nel corso di infiammazioni meningee contratture ricordanti quelle universalmente note di Kernig e di Brudzinski sia accennata da vari AA., pure ancora non si è giunti ad un preciso studio di esse e sopratutto non è stato trovato un artificio atto a metterle precocemente e chiaramente in evidenza.

Per non citare che i dati bibliografici essenziali ricorderò come Strümpell noti che un segno corrispondente al Kernig si può ottenere all'arto superiore sollevando il braccio esteso nell'articolazione della spalla.

Kernig, Eichorst, Chauffard, Netter e Debré osservarono che ponendo a sedere sul letto il malato per provocare il segno di Kernig si poteva eccezionalmente ottenere una flessione degli arti superiori nel gomito.

Bikeles vide che alzando quanto più gli era possibile in alto e indietro il braccio piegato nel gomito si poteva ottenere un movimento di estensione dell'avambraccio.

Brudzinski descrisse come segno della nuca all'estremità superiore il seguente sintoma: flettendo la nuca di un malato posto in decubito dorsale e con gli avambracci posati sulla superficie anteriore del torace si può ottenere un movimento di flessione del gomito e di sollevamento del braccio.

Northrup ottenne il medesimo fenomeno con la stessa manovra tenendo gli arti posati sul letto parallelamente all'asse del corpo.

Infine ricorderò solo che nei processi meningei ed esclusivamente in quelli tbc. venne notato il presentarsi dei riflessi tonici del collo di Magnus-De Kleijn.

Dall'insieme risulta che tali contratture son ritenute essere estremamente più rare di quelle agli arti inferiori mentre non vi è ragione plausibile e logica perchè di fatto debbano esserlo: d'altra parte là dove, come da Brudzinski, son segnalate come frequenti esse furono osservate in casi avanzatissimi in cui il loro rilievo perdeva molto del suo valore.

Del resto il modo stesso in cui il Brudzinski agli arti superiori viene provocato induce chi rettamente rifletta a non dare a tal segno una eccessiva importanza, per le ragioni che passiamo subito ad illustrare.

Il fondamento fisio-patologico comune a tutti i segni di contrattura, cominciando dal Kernig per andare fino al Brudzinski nucale è l'ipertonia muscolare: quale che sia la loro patogenesi, ed essa è ben discussa, perchè il Kernig come il Brudzinski nucale si verifichino occorre che i muscoli degli arti in esame abbiano i loro estremi quanto più è possibile distanziati. Quanto più questa condizione sarà rispettata, tanto maggior probabilità avremo di mettere in evidenza una contrattura latente.

Nel caso del Kernig, infatti, sono stati da Bull, da Roglet nella sua tesi di Parigi, da Chauffard e dallo stesso Kernig, per non citare che i più competenti AA. che si sono occupati dell'argomento, accettati pienamente questi concetti:

1) che il segno stesso non sia che l'esagerazione di un fenomeno normale, ciò che trova piena conferma nella impossibilità riscontrata anche nei normali di flettere nell'anca al di là dell'angolo retto una gamba distesa nel ginocchio;

2) che esso si manifesti allorquando i capi muscolari dell'arto siano distanziati quanto più sia possibile e cioè quando la gamba sia interamente estesa sulla coscia;

3) che, quale che sia la causa principale del segno stesso, essa agisca causando una ipertonia dei muscoli;

4) che la contrattura si manifesti non appena per questa ipertonia il muscolo si trovi ad assumere una lunghezza inferiore alla distanza dei suoi punti d'inserzione.

Non è da far meraviglia, perciò, se agli arti inferiori i segni di contrattura sono stati così facilmente scoperti e provocati; la posizione di estensione della gamba sulla coscia è, in un certo senso, la più naturale, quella nella quale l'individuo normalmente si atteggia o viene atteggiato da chi voglia praticarne l'esame.

L'arto viene così a trovarsi fin dall'inizio nelle migliori condizioni per mettersi in contrattura di flessione, Ma succederà lo stesso per l'arto superiore? Nella posizione che esso normalmente assume, e cioè parallela all'asse del tronco, si avranno queste condizioni optimum per il manifestarsi di una contrattura? No, certamente.

È evidente invece che esse saranno tanto più sfavorevoli quanto più il gomito sarà flesso, dato che di altrettanto si rilascerà il bicipite: ed è per questo che abbiamo dichiarato a priori illogica la posizione indicata da Brudzinski per ottenere il suo segno della nuca agli arti superiori mentre già migliore è quella indicata da Northrup. Ma neppure questa sarà, evidentemente, la migliore posizione possibile:

basta infatti che si provi a palpare la massa muscolare del bicipite comparativamente ad avambraccio flesso sul braccio, ad avambraccio disteso nel gomito e pendente lungo il torace, ad avambraccio disteso nel gomito e sollevato quanto più sia possibile in alto e indietro per notare di quanto aumenti in questa ultima posizione la tensione del bicipite, ciò che si spiega verosimilmente non con la tensione del capo lungo inserito su punti la cui distanza non varia sensibilmente nella seconda e terza posizione indicata, ma con l'assai maggior tensione alla quale con la terza manovra viene assoggettato il capo breve inserito sull'apice dell'apofisi coracoide. La posizione braccio disteso nel gomito e sollevato quanto più sia possibile in alto e indietro è perciò manifestamente la migliore, come quella che mette contemporaneamente nella maggior tensione possibile il bicipite ed il brachiale anteriore, e cioè i massimi fattori della flessione del gomito.

Per analoghe ragioni la posizione migliore per l'avambraccio è quella di lieve supinazione.

Sulla base di tali considerazioni, per provocare la contrattura di flessione del gomito abbiamo adottato il seguente procedimento: Paziente in decubito dorsale. Un aiuto pone il braccio del paziente esteso nel gomito, in dietro e in alto quanto più è possibile, reggendo con una mano leggermente il polso mentre sull'altra si adagia il gomito. Il medico, posto all'altro lato del letto, flette con una mano la nuca in avanti e un po' dal lato opposto al braccio esaminato mentre con l'altra fissa il torace. Quindi si invertono le posizioni e si esamina l'altro braccio.

Se il risultato è positivo si assiste ad un movimento di flessione dell'avambraccio sul braccio, di ampiezza variabile da caso a caso, per lo più in ragione diretta dell'intensità degli altri segni di contrattura, ma non necessariamente, ora netto e brusco, ora un po' più lento e torpido, specialmente in casi a sintomatologia attenuata, in mancanza di altri segni di contrattura, nell'iniziarsi o sul finire di una infiammazione meningea.

Per analogia con la denominazione usata da Kernig abbiamo dato a tal segno il nome di « contrattura di flessione del gomito ».

Fra piegamento della nuca e flessione del gomito intercede un tempo variabile, quasi nullo nei casi molto manifesti, un po' maggiore nei casi in cui essa non è molto spiccata.

Quanto ai risultati ottenuti esaminando 37 casi (meningite tubercolare, e cerebrospinale epidemica, luetica, parotitica, meningismi) in 52 osservazioni possiamo dire quanto segue:

1) ottenemmo ripetutamente con la manovra indicata, in un convalescente di meningite c. s. c. un dolore esattamente localizzato lungo il decorso del mediano, a documento di una nevrite assolutamente non altrimenti rilevabile. A nessuno sfuggirà l'evidente analogia col segno di Lasègue;

2) in 5 casi la c. g. mancò bilateralmente, negli altri casi risultò positiva uni- o bilateralmente;

3) osservazioni comparative eseguite coi segni di Kernig, col Brudzinski agli arti inferiori e col controlaterale, con la rigidità della nuca dimostrarono che la c. g. non segue esattamente il loro presentarsi perchè

può mancare, per quanto raramente, in loro presenza;

può presentarsi in loro assenza;

può trovarsi con essi in rapporti variabili di intensità e di lato, a documento della individualità del segno stesso.

4) La c. g. può in certi casi essere il solo segno di ipertonia obbiettivamente rilevabile.

5) Osservazioni comparative eseguite col segno di Brudzinski agli arti superiori (piegamento della nuca a braccia flesse sul torace) e di Northrup (piegamento della nuca a braccia poste parallelamente al corpo sul piano del letto) dimostrarono nettamente una maggiore frequenza ed evidenza della c. g.

6) Essa riuscì positiva in modo indubbio, se pure un po' torpida, anche ai bambini di 2-4 mesi, fatto degno di nota ove si pensi allo scarso valore attribuito in genere ai segni di ipertonia nella prima infanzia.

7) Contrariamente a quanto fu notato pel Kernig risultò presente con qualche maggiore frequenza nelle forme t. b. c. in confronto alle forme di meningite c. s. e. forse per l'esistenza in quelle di un maggiore e più precoce impegno delle radici spinali alte.

8) Come il Kernig essa tende ad attenuarsi col sopravvenire del periodo paralitico.

9) Quanto ai rapporti della c. g. coi segni di Magnus-De Kleijn noteremo: che essa si presentò anche in casi di meningite non t.b.c. ed in pazienti perfettamente coscienti, in contrasto con quanto si afferma di detti riflessi: inoltre la ricerca comparativa di essi e della c. g. depose per la mancanza di rapporti fra i due ordini di fenomeni. Ad onta di tali risultati vogliamo sospendere ogni apprezzamento in materia, in attesa che ulteriori ricerche chiariscano meglio i rapporti fra questi fenomeni.

10) La c. g. manca talora sugli arti paretici, ma non sempre: viceversa, assenza di c. g. non significa necessariamente paresi dell'arto.

11) In casi di meningite bloccata del tratto cervicale la c. g. si presentò in una osservazione scompagnata dal Kernig e dal Brudzinski nucale mentre in altre due osservazioni essi coesisterono, certo per il persistere della flogosi nello sfondato meningeo.

12) La c. g. fu da noi rinvenuta in un caso di arteriosclerosi generalizzata delle piccole arterie cerebrali, analogamente con quanto è stato notato pel Kernig.

13) La possibilità di riscontrare unilateralmente la c. g. (possibilità ben nota per i segni agli arti inferiori) fu da noi accertata 11 volte. A chi tenga presente il fatto che il Kernig e il Brudzinski unilaterali vennero rinvenuti in casi di lesioni localizzate dell'encefalo e che giovarono anzi alla diagnosi di lato forse non passerà superfluo un segno analogo riguardante altre zone del sistema nervoso.

14) Controlli eseguiti su 52 soggetti normali ci permisero di apprezzare in due uomini un accenno alla c. g. oltre che al Kernig e al Brudzinski nucale. Si accentua così l'analogia già rilevata con questi segni pei quali è nota la possibilità di riscontrarsi anche fisiologicamente nei maschi, spiegata in funzione di una lieve ipertonia generalizzata dei muscoli.

15) In un ristretto numero di malati di affezioni non neurologiche o neurologiche non meningee in cui era stata da vari AA. segnalata la possibilità della presenza del Kernig (tifo, polmonite, emorragia cerebrale, paralisi progressiva ecc.) mai rinvenimmo la c. g. Ad onta di tali risultati riteniamo probabile che anche essa in qualche caso possa fare la sua comparsa.

Quanto alla patogenesi, per le analogie che siamo andati man mano rilevando, è evidente che questa contrattura non può avere patogenesi diversa di quella che condiziona il Brudzinski nucale e forse anche il Kernig. Sarebbe qui superfluo entrare nel dettaglio delle molte e non sopite discussioni in materia. Per quanto ci interessa basterà a noi far notare quanto segue: Brudzinski per spiegare la patogenesi del suo segno fa appello, come Kernig, alla ipertonia o, come egli dice, allo stato spastico.

Questa ipertonia, rilevabile anche alla semplice percussione diretta delle masse muscolari, sebbene sembri di origine radicolare, è nel suo significato mal determinata. Resta dubbio perciò nella sua patogenesi remota, se cioè sia in questione un riflesso a partenza dal cervelletto o dalle radici posteriori o dalle terminazioni nervose meningee o se essa dipenda dalla diretta influenza dei processi patologici sui centri riflessogeni del tono: ma che essa sia, se non la prima, certo l'ultima ragione del fenomeno non resta dubbio per nessuno.

Cosicchè riteniamo che per la contrattura del gomito come per il Brudzinski nucale possa esattamente applicarsi la definizione che or sono molti anni diede Chauffard del Kernig: « è una contrattura uni o multiregionale che « colpisce gruppi muscolari fisiologicamente « predominanti e che sopravviene in attitudini « che mettono in giuoco questa predominanza ».

Scopo del presente lavoro è stato appunto quello di studiare le migliori condizioni per porre in evidenza agli arti superiori le predominanze che in circostanze fisiologiche o patologiche possono destarvi segni di contrattura.

RIASSUNTO.

L'A. descrive la tecnica da lui impiegata per la provocazione della contrattura di flessione del gomito ed illustra i risultati ottenuti su 37 malati meningei.

BIBLIOGRAFIA.

BIKELES. Neur. Centr., 1917.
BRUDZINSKI. Berl. Klin. Woch., 1916; Arch. Méd. enf., 1909; Wien. Klin. Woch., 1911; Berl. Klin. Woch., 1916.
CHAUFFARD. Presse méd., 1901.
KERNIG. Zeitschr. f. klin. Med., 1907.
NETTER et DEBRÉ. *La mén. cér.-spin.* Masson, éd.
NORTHRUP. Journ. Amer. Med. Ass., 1911.
OPPENHEIM. *Lehrb. der Nervenk.*
SAHLI. *Lehrb. der Klin. Untersuch.*, vol. III.
STRÜMPELL. *Patologia speciale*, vol. IV.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Ospedale S. Spirito in Sassia - Roma. Sala S. Carlo Bacci.

Primario: Prof. ALESSIO NAZARI

Su di un caso di linfadenosi aleucemica.

(Contributo clinico e isto-patologico).

Dott. GIUSEPPE FABRI, aiuto-medico.

L'interesse sempre più vivo degli studiosi, l'oscurità che regna tuttora sulla etiologia e sulla patogenesi, le difficoltà alle volte non lievi per una esatta diagnosi clinica di quel complesso morboso che va sotto il nome di « linfadenosi aleucemica » m'inducono a riferire su di un caso per più punti di vista interessante.

La sua evoluzione clinica e i risultati di un'accurata indagine isto-patologica giustificano l'illustrazione anche di un solo caso, se pure relativo ad un processo morboso intorno al quale la letteratura è vastissima. Il vasto gruppo delle affezioni dell'apparato linfatico resta tuttora oscuro in molti suoi lati, sebbene in questo campo il contributo notevole anatomo-patologico abbia avvantaggiato la clinica a tal punto da rendere possibile l'isolamento di sindromi morbose bene definite.

Il criterio clinico da solo però non è spesso sufficiente per la distinzione e la diagnosi precisa delle varie affezioni dell'apparato linfatico; occorre tener presente in queste malattie anche il fattore costituzionale, inteso come reazione individuale diversa, sia di fronte all'agente morbigeno, sia di fronte alle nostre cure, reazione individuale che può spiegare le svariate modalità e delle manifestazioni cliniche e dell'evoluzione anatomica del processo morboso; in questi casi il solo criterio istologico se fatto con grande attenzione e profonda conoscenza, permette di fare la giusta diagnosi.

Il caso che è oggetto del presente studio, riguarda precisamente una sindrome morbosa con i caratteri clinici di « Peliosi Reumatica » (forma anafilatoide della Porpora secondo Glanzmann); ma con lesioni anatomiche istologiche di « Linfadenosi Aleucemica ».

Enrico Mar., a. 60, celibe, carpentiere.

Il padre morto di polmonite, la madre di encefalite letargica, un fratello morto in seguito ad incidente automobilistico, un altro fratello vivente e sano. Nato a termine per parto autocico. Normali i primi atti fisiologici, ha frequentato le scuole elementari, ha compiuto il servizio militare. Forte bevitore e mangiatore. Non ricorda i comuni esantemi dell'infanzia, nega lues e malattie veneree. È stato sempre bene fino al 1923, epoca in cui lavorando ad Ostia fu colpito da malaria, gli accessi malarici ebbero una durata di circa un anno; e in seguito a cura chininica prolungata tali accessi non sono più ricomparsi. Nel 1931 fu operato per cataratta bilaterale. Nell'ottobre del 1930 ebbe una colica addominale a cui seguì un'eruzione di ponfi di varia grandezza localizzati specie agli arti inferiori e all'addome, accompagnata da prurito. Tale eruzione scomparve dopo qualche giorno e per parecchi mesi il paziente stette perfettamente bene. Verso la fine del 1931 cominciò a soffrire di dolori articolari localizzati specie alle ginocchia e ai gomiti. Ebbe a notare anche modiche elevazioni febbrili (37°,2-37°,4). Dette articolazioni aumentarono modicamente di volume e i movimenti di esse alquanto dolenti e limitati. Contemporaneamente comparve un'eruzione petecchiale di varia grandezza agli arti e all'addome. Tali petecchie di un colorito rosso scuro non erano accompagnate da prurito. Venne ricoverato in Ospedale da cui uscì dopo tre settimane completamente guarito. In seguito venne di nuovo per altre tre volte saltuariamente ricoverato essendosi presentata la suddetta sintomatologia. Il 3 gennaio chiede di nuovo ricovero in Ospedale essendo ricomparsa l'eruzione accompagnata da dolori a tutte le articolazioni. Non ha avuto mai epistassi, nè emorragie gengivali. Da qualche mese avverte leggera astenia. Alvo e diuresi normali.

Esame obiettivo. — Condizioni generali buone. Sensorio e psiche integri, decubito indifferente. Cute e mucose visibili rosee. Piccola cicatrice regione inguinale destra. Sulle cute, ad eccezione del viso, si notano delle chiazze numerose maggiormente confluenti agli arti inferiori, di grandezza varia da una lenticchia a una moneta di due soldi. Tali chiazze hanno alcune un colorito rosa, altre rosso vinoso, non sono rilevate, sono indolenti, non scompaiono con la pressione. Agli arti inferiori specie alle coscie si notano noduli cutanei e sottocutanei orticarioidi diffusi sulla superficie anteriore ed esterna della coscia, pruriginose, della grandezza di piselli. Il pannicolo adiposo conservato, con numerosi lipometti all'addome, non edemi. Trofismo muscolare normale. Non si apprezzano gangli nelle comuni stazioni, epitrocleari assenti. A carico del sistema osteo-articolare, dolenti le interlinee articolari dei polsi, dei gomiti e delle ginocchia, i cui movimenti sono asserti dolenti. Temperatura afebbrile al momento dell'esame, con polso e respiro regolari. Nulla a carico del capo. Le pupille presentano gli esiti di iridotomia parziale. La dentatura è guasta, la lingua è bene protusa, detersa, umida. Nulla al faringe. Funzionalità dei nervi cranici integra. Nulla al collo, mobile nelle varie direzioni. Torace: bene conformato, il fremito vocale tattile ovunque trasmesso, apici sulla prominente, diametri cucullari uguali, le basi in sede si espandono bene, ovunque sono chiaro polmonare e murmure vescicolare normale senza rumori accessori. Cuore: nei limiti, tono netti. Addome: globoso, espanso, cicatrice infossata, trattabile, non punti dolenti, non presenza di liquido. Fegato: margine superiore, ottusità assoluta VI costola sull'emiclaveare, in basso si palpa un dito sotto l'arcata, di consistenza aumentata. Milza: polo superiore VIII costola sull'ascellare media, polo inferiore si palpa due dita sotto l'arcata di

consistenza aumentata. I reni non si palpano. L'esame del sistema nervoso completamente negativo.

I dati delle ricerche eseguite sono i seguenti:

Esame emocromocitometrico: globuli rossi 3.800.000; piastrine 43,200; emoglobina 50; valore globulare 0,70; Globuli bianchi 7600; formula leucocitaria (polinucleati n. 70, eosinofili, 1, linfociti 20, monociti 9).

Sieroreazione di Wassermann negativa.

Esame di pressione col Pachon Mx. 155, Mn. 95.

Prove emogeniche: prova col laccio negativo. Prova del martello negativa. Tempo di emorragia e coagulazione normale. Dopo iniezione intradermica di istamina, si hanno localmente ponfi estesi; il giorno seguente compare suffusione emorragica.

Decorso della malattia: venne ricoverato per la prima volta il 27 giugno 1932, il malato si mantenne apirettico. Essendo stata emessa la diagnosi di probabilità di « peliosi reumatica » si istitui un trattamento a base di preparati di calcio e salicilato di sodio. Infatti il 19 luglio il paziente chiedeva di essere dimesso. Venne di nuovo ricoverato l'8 settembre per la ricomparsa di eruzione e vivi dolori articolari specie localizzati alle piccole articolazioni delle mani. In questo periodo ebbe lievi elevazione termiche 37,2-37,4. Obiettivamente le articolazioni affette si presentavano edematose e dolenti. Il 30 settembre riusciva completamente rimesso in seguito a intensa cura salicilica.

Anche in questo periodo l'esame delle urine più volte eseguito fu completamente negativo. Si arriva così al 3 gennaio 1933, giorno in cui chiede di nuovo il ricovero, perchè da una settimana è ricomparsa l'eruzione accompagnata da intensi dolori articolari diffusi. Queste emorragie cutanee, dapprima rosso-vive, assunsero rapidamente una tinta turchina e vennero assorbite in meno di due giorni. Tali chiazze erano molto numerose tanto che si aveva l'impressione che la pelle degli arti inferiori fosse stata spruzzata con un pennello bagnato di sangue. I primi due giorni si mantenne apirettico, ma dopo insorse febbre a tipo intermittente con elevazioni termiche fino a 38,8, precedute da brivido e con remissioni mattutine; inoltre avvertiva anoressia e senso di profonda astenia. L'esame delle orine dava: quantità 1900 cc., reazione acida, peso specifico 1014, albumina presente, glucosio assente, sedimento: numerosi cilindri ialino-granulosi. Qualche cilindro ialino. Ambedue le articolazioni radio-carpiche e le piccole articolazioni delle mani edematose e dolenti. A ciò si aggiunse diarrea (5-6 scariche al giorno). Il giorno 8 gennaio non orinò affatto, ebbe vomito e modica epistassi; l'azotemia 1,90 %. Le condizioni peggiorarono rapidamente, alito ammoniacale, stato soporoso, edema diffuso delle palpebre, polso 100 iperteso. L'anuria persistette nei giorni seguenti. Tale sintomatologia dura sino al 12 gennaio, quando il paziente viene a morte in uno stato di uremia. Azotemia terminale 3,60 ‰. Negli ultimi due giorni la febbre assunse il tipo continuo e si ebbe reperto polmonare di soffio bronchiale con rantoli umidi ad ambedue le basi.

Esame necroscopico. — Segni di grattamento sulla cute del tronco. Lieve edema subaracnoidale. Aderenze pleuriche totali a destra. Enfisema, congestione, edema polmonare, con polmonite dei lobi inferiori di ambedue i polmoni (polmonite floscia terminale). Cuore gr. 370. Tumore cronico di fegato con aumento di consistenza e disegno lobulare evidente pallido (gr. 2680). Tumore cronico di milza con perisplenite capsulare fibrosa; iperplasia dei follicoli e rammollimento della polpa (gr. 660). Nefrite emorragica acuta (peso dei reni gr. 370). Iperplasia delle glandole linfatiche peribronchiali e periaortiche con noduli di varia grandezza da un chicco di miglio ad un chicco di canapa, bianchi. Midollo osseo dell'omero rosso in totalità, uniforme. Emorragie sottosierose del colon, colite catarrale. Edema della glottide.

Esame istologico. — Milza: lieve ispessimento connettivale fibroso della capsula e delle trabecole. Il tessuto splenico appare disseminato di un grandissimo numero di noduli linfatici di grandezza variabile, di forma generalmente rotondeggiante od ovoide, alcuni di forma allungata; i più grandi corrispondono ai follicoli malpighiani iperplastici come si riconosce dalla sezione dell'arteria centrale; i più piccoli regolarmente disseminati sono evidentemente neoformati. Il tessuto della polpa appare iperemico, con piccole zone d'infiltrazione emorragiche, alcune allungate peritrabecolari. La polpa appare ricca di elementi in gran parte linfociti.

Glandole linfatiche peribronchiali e periaortiche. — Capsula fibrosa di aspetto normale, con scarse infiltrazioni linfocitaria diffusa. Le sezioni delle glandole presentano aspetto omogeneo ed appaiono costituite ovunque da grossi noduli di varia grandezza di forma variabile, alcuni rotondeggianti, altri ovoidi, altri più o meno allungati, limitati da tessuto connettivale, da vasi sanguigni intorno ai quali si vedono zone d'infiltrazione emorragica. I noduli che rappresentano i follicoli notevolmente ingranditi, e che sostituiscono il tessuto linfoide omogeneo con scarsissimo reticolo e da linfociti piccoli. Nei noduli che rappresentano i follicoli, non vi è più traccia di centri germinativi.

Iperplasia linfadenica diffusa omogenea delle glandole linfatiche.

Midollo delle ossa: nella sezione del midollo osso diafisario dell'omero si vede conservata la struttura alveolare caratteristica del tessuto adiposo, ma gli spazi fra le singole cellule grassose sono tutte infiltrate più o meno abbondantemente da tessuto midollare attivo nel quale si riconoscono mieloblasti, mielociti, megacariociti, globuli rossi nucleati e abbondanti linfociti. I vasi sanguigni e i capillari appaiono dilatati e ripieni di sangue.

Fegato: La particolare evidente struttura lobulare osservata macroscopicamente risulta all'esame microscopico da una nettissima infiltrazione di tessuto linfoide degli spazi glandolari, che hanno perduto la loro forma caratteristica e sono trasformati in spessi cordoni di tessuto linfoide omogeneo, costituito da linfociti piccoli nello spessore del quale appaiono come dissociati i rami dell'arteria epatica, della vena-porta e delle vie biliari. Alla periferia degli spazi glandolari si vedono scarsi macrofagi carichi di emosiderina. La descritta infiltrazione del tessuto linfoide è limitata nettamente negli spazi triangolari e non si diffondono nell'interno dei lobuli epatici.

Rene: nella sezione dei reni la sostanza corticale appare disseminata di focolai necrotici nei margini con necrosi dei glomeruli, con infiltrazione emorragica dei glomeruli stessi e del tessuto interstiziale. Queste numerose zone corticali necrotiche emorragiche, che hanno l'aspetto come di tanti piccoli infarti della sostanza corticale

sono separati tra loro da zone di tessuto renale quasi normale con dilatazione notevole dei tuboli uriniferi. Nei focolai necrotico-emorragici, come nelle zone conservate, si vedono focolai linfoidi grandi quattro o cinque volte il glomerulo, spesso perivasali. Nelle sezioni longitudinali dei grossi rami delle vene renali si vedono focolai linfoidi sviluppati nello spessore delle pareti di queste e facenti sporgenza nel lume vasale al di sotto dell'endotelio che le riveste ininterrottamente. Per queste condizioni, secondo Banti, nelle pseudo leucemie mancherebbe lo stato leucemico del sangue. Si potrebbe pensare, egli dice, che nelle forme aleucemiche manca la rottura nei vasi delle vegetazioni leucemiche; si manterrebbe perciò integro l'endotelio nei vasi con parete invase da tessuto linfadenoide; la caduta dell'endotelio e l'apertura nel sangue dei focolai leucemici determinerebbe una linfemia proporzionata all'estensione delle lesioni vasali.

La lettura della storia clinica ci porta senz'altro alla diagnosi di « Porpora Schoenlein-Henoch » forma cronico-intermittente anafilattoide della Porpora secondo Glanzmann).

Il Glanzmann parla di Porpora « anafilattoide » perchè ammette sia in gioco una anafilatossina prodottasi per infezione. Si pensa a processi anafilattici data la somiglianza del complesso sintomatico della malattia da siero.

Per tale diagnosi clinica esistono infatti un gruppo di sintomi abbastanza caratteristici di questa malattia; il decorso morboso subcronico con numerose recidive, l'emorragie maggiormente confluenti agli arti inferiori mentre il viso rimane libero; la particolare frequenza dei dolori reumatici e articolari diffusi anche con versamento articolare; la mancanza quasi completa della temperatura. A questo bisogna aggiungere il criterio terapeutico, cioè la remissione completa dei sintomi mediante la somministrazione di preparati di calcio e salicitici, con miglioramento notevole dello stato generale e periodo di sosta della malattia. L'esame anatomo-patologico ed istologico, ha invece messo in evidenza delle lesioni tipiche di linfadenia aleucemica o aleucemia linfadenoide del Pappenheim.

Sono convinto dell'impossibilità di fare (in vivo) la diagnosi giusta. A parte il fatto dell'esame obiettivo completamente negativo qui mancava l'aumento percentuale di linfociti ritenuto dal Banti necessario. Infatti afferma il Banti che le linfoadenie durevolmente aleucemiche (cioè senza aumento percentuale di linfociti) non esiste; in essa può mancare o essere lieve l'aumento delle cellule bianche circolanti, ma la percentuale dei linfociti fino al 35-50%.

Questo ci dice, quando bisogna essere cauti prima di fare una diagnosi di diatesi emorragica essenziale. In molte malattie infettive sepsi, tifo, lues, malaria, scarlattina, vaiolo ecc. si può osservare una porpora con deficienza di piastrine. Queste trombopenie sintomatiche possono essere spiegate ammettendo effetti tossici sul midollo, sui vasi (e la milza?). Certi casi di porpora fulminanti di Henoch appartengono a questo gruppo.

Sono state descritte forme di porpora nello stadio terminale d'insufficienza cardiaca di lunga durata, nell'uremia, nei tumori del midollo osseo, nelle intossicazioni da salvarsan; tra i veleni che alle volte provocano diatesi emorragiche ricordo il chinino, l'ossido di carbonio e benzolo; tra le malattie di sangue specie l'anemia aplastica, di rado, le leucemie e le pseudoleucemie come appunto nel nostro caso.

Che dati avevamo per fare nel nostro caso diagnosi di linfadenia aleucemica? Semplicemente il tumore di milza e un modico tumore di fegato ma non bisogna dimenticare che il paziente ebbe a soffrire nel 1923 d'infezione malarica che durò a lungo.

Da tutto ciò si vede le difficoltà notevoli per la diagnosi di alcune malattie del sistema linfatico: il solo reperto istologico ci può essere di grande aiuto.

. Tutto ciò è dovuto al fatto che per molte malattie non conosciamo ancora completamente, nè l'agente etiologico, nè le manifestazioni morbose con il loro intimo meccanismo patogenetico.

Roma, 11 febbraio 1933-XI.

RIASSUNTO.

L'autore riferisce lo studio di una sindrome morbosa con i caratteri clinici di « Peliosi Reumatica » (forma anafilattoide della Porpora secondo Glanzmann); ma con lesioni anatomiche istologiche di « Linfadenosi aleucemica ».

RIVENDICAZIONI

Sul valore degli emo-innesti.

Mi si è porta di recente l'occasione di rivolgere ancora una volta l'attenzione su di un argomento che da molto tempo ho ravvisato di grande interesse e del quale si è occupato con acume, costanza e particolare sollecitudine il dott. Giocondo Protti di Venezia. L'occasione mi è stata offerta dalla lettura di uno scritto presentato come « *Nota preventiva* » nel n. 44-1933 della *Riforma Medica* dal professore Biancalana, assistente di Patologia Chirurgica a Torino.

Ho notato che il complesso non solo, ma anche molti particolari di quanto espone il Biancalana, coincidono con una quasi perfetta identità con quello che già venne ripetutamente notificando il Protti. Ma è lecito reputare che molti ancora ignorino i lavori di incretologia del Protti e che il Biancalana sia del numero, se, nel mettere innanzi i risultati dei suoi studi, ha fatto un silenzio assoluto su quanto il Protti da varî anni va pubblicando. Valgano queste considerazioni:

Biancalana, scrive, oggi, 1933:

« Presentemente tutti pensano alla trasfu-« sione quando si tratta di compensare gravi « difetti idraulici della circolazione o per com-« battere anemie secondarie ad infezioni, ma « si trascura in genere l'azione opoterapica « che può esercitare il sangue trasfuso ».

Protti, scriveva, nel 1930 (*L'Emoinnesto*, Hoepli, 1931): « Mi occupo con particolare « amore, fino dal 1921, di studi e di ricerche « sul sangue, ma l'impressione, dirò meglio, « la convinzione che al sangue spettasse una « importantissima funzione nella terapia dello « stimolo mi sorse nel 1924, sopratutto nella « Clinica del prof. Benedetto Schiassi, del « quale fui assistente, quando Egli dirigeva la « Clinica Chirurgica della Università di Mo-« dena ». « ...Non v'è chi non sappia che colla « trasfusione comunemente intesa si mira a « rinsanguare un soggetto anemizzato... », « le « mie osservazioni sugli effetti stimolanti del « sangue risalgono a quando mi occupavo di « trasfusione vera e propria.

« Avevo infatti notato che il sangue inietta-« to nelle vene non si limitava a rinsanguare « gli organismi, ma aveva il privilegio di con-« ferire loro un arcano soffio di vita (non rag-« giungibile con le comuni ipodermoclisi e « nemmeno colle fleboclisi) che si manteneva « nei casi più favorevoli anche a distanza di « più settimane dall'avvenuta trasfusione. « Conveniva dunque ammettere che il sangue « trasfuso non aveva soltanto un ufficio, dirò « così, idraulico, ma proprietà di eccezionale « potere, tali da rigenerare e migliorare le « condizioni di depauperamento organico, nel-« le quali talvolta, indipendentemente dall'e-« pisodio emorragico, venivano a trovarsi i « soggetti prima della trasfusione ».

« ...Non così soltanto mi sembrò che il san-« gue potesse agire: e pensai, per una serie di « considerazioni, che meglio prenderemo in « esame, che il sangue potesse stimolare an-« che molti complessi cellulari primi fra tutti « quelli costituenti le ghiandole a secrezione « interna ».

Il Protti abbandonò presto la via endovenosa perchè l'emoinnesto intramuscolare gli si rivelò straordinariamente più efficace.

Biancalana scrive, nel 1933:

« Eppure noi sappiamo che nel sangue, ol-« tre alle sostanze antitossiche ed antibatteri-« che si debbono pur trovare anche quei pro-« dotti chiamati ormoni che vengono conti-« nuamente versati in esso dalle ghiandole en-« docrine e da tutte le parti dell'organismo. « Sono, è vero, sostanze difficili a mettersi in « evidenza perchè della maggior parte di esse « non è nota la composizione chimica e *mol-« te non si riescono a svelare neppure con le « prove biologiche*. Ma queste sostanze sono « molto importanti: perchè attraverso le cor-« relazioni umorali stabiliscono la solidarietà « delle funzioni fisiologiche e regolano l'eco-« nomia organica».

« Ogni nuova conoscenza a questo riguardo « può quindi essere molto preziosa (giustissi-« mo! Ma perchè il prof. Biancalana non ha « tenuto conto delle ricerche di Protti?) non « solo nel campo teorico dell'endocrinologia « ma anche nel campo pratico dell'opoterapia « quanto mai arduo per le difficoltà di prepa-« razione, elaborazione, titolazione, sommini-« strazione dei principi attivi. Tali difficoltà « sono ancora maggiori per l'opoterapia plu-« riglandolare che teoricamente sarebbe la più « razionale, perchè sappiamo che anche le al-« terazioni primitivamente monoglandulari fi-« niscono col perturbare le altre ghiandole « dell'organismo ».

Protti scriveva nel 1928 (*Giornale Medico dell'Ospedale Civile di Venezia*):

« ...*E ciò riferendoci alla conoscenza che i « fisiologi, con metodi chimici e biologici a « loro disposizione non saprebbero oggi* (Protti scrisse in corsivo *oggi*, giacchè prevedeva, come infatti si verificò, che o tosto o tardi gli ormoni sarebbero stati messi in evidenza anche nel grande circolo sanguigno) *non solo « dosare, ma nemmeno svelare l'esistenza di « ormoni nel sangue* ecc... », « ...bisognereb-« be quindi stimolare tutte le ghiandole a se-« crezione interna in modo dolce ed unifor-

« me... ». « ...questo programma ideale par-
« rebbe conseguibile ricorrendo alla emotera-
« pia ». « ...il sangue è un tessuto liquido che,
« data la sua composizione, conferisce atten-
« dibilità alla ipotesi *che con esso si possa ef-*
« *fettuare la introduzione automatica nell'or-*
« *ganismo di dosi infinitesimali di tutti gli ela-*
« *borati di tutte le ghiandole endocrine.*

« *Infatti nel sangue naturale (come Zondek*
« *ha dimostrato) si trovano già in minore o*
« *maggiore concentrazione, a seconda della*
« *età e delle contingenze di vita, tutti gli or-*
« *moni che vengono fabbricati dalle ghiando-*
« *le a secrezione interna...* » (1931).

Biancalana scrive, nel 1933:

« Io ho rivolto le ricerche al sangue e ho
« pensato di controllare se era possibile rile-
« vare e dimostrare la presenza di alcuni prin-
« cipî ormonici nel sangue, studiando l'effet-
« to della trasfusione su alcune malattie en-
« docrine ».

Il Biancalana riferisce poi d'aver sperimentata la trasfusione nelle alterazioni della glicolisi, nelle disfunzioni ovariche, nella emofilia, nelle alterazioni della tiroide e su quelle della paratiroide dimenticando che assai prima di lui Maurizio e Marta (« L'innesto sanguigno quale mezzo terapeutico in ostetricia e in ginecologia », *Atti Soc. Ital. Ost. Gin.*, vol. XXVI, 1927) avevano dimostrato la possibilità dell'esistenza di un ormone sessuale nel sangue ottenendo brillanti risultati in talune disfunzioni ovariche e che anche Gusso (« L'emoinnesto intramuscolare nella pratica ginecologica », *Radiobiologia*, 1932) successivamente trattò con l'emoinnesto varie forme ginecologiche utilizzando anche quel sangue di gravide che il Biancalana propone come di sua iniziativa.

Circa l'ormone pancreatico Protti scrive (1931):

« Queste nozioni incoraggerebbero a tentare
« su larga scala, l'innocuo emoinnesto anche
« nel diabete pancreatico nel quale, secondo
« mie osservazioni da poco iniziate (1930) *sem-*
« *bra che l'emoinnesto abbia notevole e dure-*
« *vole efficacia, a differenza della fugace azio-*
« *ne insulinica* ».

Riguardo l'azione opoterapica del sangue sulla tiroide Protti scriveva, nel 1931:

« Ne farebbero fede taluni casi di squilibrio
« adipogenetico da noi osservato... soggetti che
« ne erano affetti poterono perdere anche 15
« kili di peso sottoponendosi all'emoinnesto
« assumendo contemporaneamente una sola
« compressa di tiroide al giorno, mentre pri-
« ma usavano assumere quotidianamente per-
« fino dodici delle usuali compresse, di estrat-
« to di tiroide, ottenendo il solo risultato di
« procurarsi spiacevoli disturbi a carico del
« sistema nervoso e della innervazione car-
« diaca ».

Questi ben chiari riferimenti all'azione opoterapica del sangue sulla tiroide furono in seguito presi in considerazione specie dal Torresi che eseguì l'emoinnesto nel Basedow con risultati della più alta importanza. (« Morbo di Basedow trattato con l'emoinnesto alla Protti », *Accademia Medica Picena e Radiobiologia*, 1932). E quando il Biancalana allude alle catechine per spiegare l'azione ipotiroidea del sangue nel Basedow, anche in questo caso mostra di ignorare del tutto quanto su questo punto scrisse il Torresi stesso nel suo lavoro al quale rimandiamo il lettore.

Continuiamo nelle citazioni:

Biancalana scrive, nel 1933:

« I risultati ottenuti colla trasfusione di san-
« gue nel diabete, nelle insufficienze ovariche,
« nella emofilia, nell'ipertiroidismo e nelle di-
« sfunzioni paratiroidee *meritano di essere se-*
« *gnalati e di riscattare alla trasfusione una*
« *funzione opoterapica che, poeticamente con-*
« *cepita e vagheggiata dagli antichi, non era*
« *più stata presa in considerazione. Le perfet-*
« *te condizioni di equilibrio sulle quali si tro-*
« *vano le varie sostanze ormoniche nel sangue*
« *e la facilità di somministrazione, debbono*
« *far prendere in considerazione il sangue dal*
« *punto di vista opoterapico* ».

Protti scriveva, nel 1928 (v. l. c.) a proposito degli effetti regolatori dell'emoinnesto:

« ...*ma io credo che tale proprietà debba*
« *(tra l'altro) ricercarsi nel perfetto equilibrio*
« *esistente tra le varie sostanze componenti il*
« *sangue giovane (tra le quali oso credere es-*
« *sere le più importanti quelle ormoniche) e*
« *che noi artificialmente non sapremmo ri-*
« *fare...* ».

« ...*ammesso che così sia, analogo risultato*
« *non si otterrebbe iniettando una miscela giu-*
« *diziosamente preparata con varie dosi di va-*
« *ri prodotti ghiandolari, perchè con i ma-*
« *neggi di preparazione, noi verremmo a di-*
« *struggere quell'armonica e naturale distri-*
« *buzione degli increti che sono nel sangue*
« *umano giovane e sano* ». « ...questa mia cu-
« ra può considerarsi ravvivatrice di quegli or-
« ganismi che hanno affievolita la funzione
« del sistema endocrino ». « ...*da quanto ci è*
« *noto, si può azzardare la previsione che,*
« *nella emoterapia omologa, in un non lon-*
« *tano giorno, si scopriranno nuove possibili-*
« *tà di applicazione. Non si potrebbe nemme-*
« *no escludere che tutto quello che oggi pos-*
« *siamo ottenere mediante la opoterapia ese-*
« *guita coi preparati opoterapici si possa con-*
« *seguire meglio e in forma più stabile ricor-*
« *rendo all'emoinnesto e ciò in virtù, ecc...* ».

Ed in fine Protti scriveva, allora, come il Biancalana scrive oggi:

« ...le mie ricerche si ricollegano ad idee « secolari, radicate nell'empirismo dei popo- « li... » « ... l'idea di ricorrere al sangue di « giovani col miraggio di ridare energia agli « astenici e agli invecchiati è tra le più remo- « te, ecc... ».

Dalla comparazione di questi scritti sembra dunque di dovere veramente inferire che al prof. Biancalana non sono mai stati noti gli studi del Protti nonostante che un gran numero di riviste mediche nostrane e straniere ed anche giornali politici, proprio di Torino, ne abbiano diffusamente e ripetutamente trattato. Ed oggi rincresce di rilevare la manifestazione Biancalana, tanto più perchè il lavoro è uscito da un Istituto di Patologia di una delle maggiori Università Italiane quando dovunque, ma specialmente negli ambienti scientifici, dovrebbe essere conosciuto il merito del Protti di avere non solo trattato per primo i problemi inerenti all'emo-innesto, ma di averli estesi con l'integrazione delle conoscenze del potere radiante del sangue.

Rincresce anche di rilevare che il prof. Seyderhel (Direttore della Clinica Medica di S. Geist a Francoforte sul Meno) in collaborazione del suo assistente dr. Heineumann (ora a Londra) abbia utilizzato esperienze e concezioni del Protti pubblicandole come « *originali* » in lavori comparsi nella « Klinische Wochenschrift », n. 15 e 33 del 1932. Inoltre, mentre da anni il Protti va segnalando il valore delle radiazioni ultra-violette del sangue, gli AA. tedeschi sono giunti persino a utilizzare e mettere in commercio un principio attivo radiante contenuto nel sangue (che essi chiamano Cjtagenin) fondandosi esattamente sulle concezioni e sulle esperienze del Protti.

Vien fatto in fine di richiamare che G. W. Crile di Cleveland parlando l'8 novembre u. s. all'Accademia di New York ha esposto una nuova teoria (?) sulle malattie e sulla vecchiaia basata sulle radiazioni biologiche ultra-violette esattamente come già A. Abrams e G. Protti hanno sostenuto e cercato di diffondere da varî anni.

Come dicevo, l'argomento è proprio del più alto interesse e necessita revisioni e rinnovate ricerche, lungi da miraggi di popolareschi e fantasiosi « *ringiovanimenti* ». E per quanto sia essenziale la conoscenza dei fatti più che la rievocazione di persone, pure converrebbe che ciascun A. riconoscesse e richiamasse quanto altri all'opera indagatrice venne già dedicando di intelletto e di fatiche.

28 novembre 1933.

BENEDETTO SCHIASSI - Bologna.

L'ATTUALITÀ TERAPEUTICA

Un nuovo rimedio contro l'obesità. L'alfa dinitrofenol.

Il dinitrofenolo (1) era noto finora, specialmente agli studiosi di medicina del lavoro, per le intossicazioni che esso ha determinato, durante la guerra in operai addetti alle fabbriche di munizioni. Le prove allora eseguite sugli animali avevano dimostrato che esso provoca un enorme aumento della frequenza del respiro ed, in seguito, coma per paralisi respiratoria e formazione di metaemoglobina.

Da alcuni anni, ed indipendentemente gli uni dagli altri, due gruppi di ricercatori, gli uni francesi, gli altri americani, intrapresero lo studio farmacologico di tale sostanza; soltanto però gli autori americani ne trassero il corollario dell'applicazione terapeutica.

Azione farmacologica. Il fatto più evidente è l'aumento del metabolismo che, con dosi di 10 mg. per kg. di peso, si eleva del 50 %. Con dosi maggiori, l'aumento può essere quadruplo ed aversi una tale produzione di calore che gli animali muoiono per la febbre che ne risulta.

Tale aumento del metabolismo non è dovuto ad aumento di attività muscolare, ma a stimolo diretto del metabolismo cellulare e non è accompagnato da importanti modificazioni del sistema circolatorio. Vi può essere aumento di frequenza del polso e della pressione sanguigna; costante è quello della frequenza del respiro, che può essere la risultante dell'aumento della produzione di anidride carbonica, come pure del bisogno di ossigeno. Si abbassa il quoziente respiratorio, il che indica che i principî alimentari utilizzati per la produzione di calore non sono soltanto i carboidrati, ma anche i grassi e le proteine.

La tiroide e le surrenali non sono indispensabili per tali modificazioni del metabolismo, che si osservano anche dopo l'asportazione di tali ghiandole. La tossicità del dinitrofenolo, però, aumenta di molto nei cani diabetici.

Nessuna lesione importante negli organi si è potuta dimostrare negli animali a cui la sostanza era stata somministrata a lungo in dosi submortali.

---

(1) Il dinitrofenolo è un composto ciclico, dalla formula $C_6H_3 (NO_2)_2 OH$, in posizione 1-2-4, molto affine all'acido picrico (trinitrofenolo), pure molto usato per gli esplosivi, che ha pure determinato delle intossicazioni e che veniva spesso utilizzato in tempo di guerra per procurarsi una itterizia apparente.

Il dinitrofenolo si presenta come una polvere cristallina gialla, leggermente solubile in acqua, più solubile in alcool ed etere; si possono fare soluzioni fino al 3 % in acqua aggiungendovi del bicarbonato di sodio. Fonde a 114°.

PRIMI ESPERIMENTI SULL'UOMO.

I primi esperimenti degli autori americani dimostrano che, con la somministrazione di 3-5 mg. per kg. di peso, si ha già nella prima ora un aumento del metabolismo basale del 20-30 %, che si mantiene per 24 ore e poi si abbassa gradatamente. In nessun caso, si osservarono nervosismo, ansia, tremori, palpitazioni; nessun effetto sul respiro, sulla temperatura, sulla circolazione hanno queste dosi, anche se continuate giornalmente per 2-3 mesi.

Le dosi di 5-10 mg. per kg. di peso non modificano temperatura, polso, nè respiro, provocano però copioso sudore; ripetendo per 3 volte la somministrazione di 10 mg. o più per kg. di peso, si ha aumento di temperatura di 3°, del respiro di 15-30 per minuto e del polso di 20-30 per minuto. Tali dosi sono da considerarsi come pericolose.

Con le dosi di 3-5 mg. per kg., continuate per periodi fino a 10 settimane, il metabolismo basale si mantiene aumentato del 40 %, in media. Con la sospensione del rimedio, esso ritorna normale in 3-4 giorni. La perdita massima di peso raggiunta è stata di 5 kg., con una media di kg. 0,9 (massimo 1,3) per settimana.

APPLICAZIONI IN CLINICA.

Queste osservazioni hanno indotto Tainter, Curting, Stockton ed altri a farne più larga esperienza. I casi finora trattati sono 113, scelti fra quelli in cui il trattamento dietetico e tiroideo avevano fallito. Il medicamento veniva somministrato in capsule da 75 mg. di dinitrofenolo o 100 mg. del suo sale sodico. Se ne davano 1-2 al giorno durante i pasti e, dopo una settimana si aumentava la dose fino a raggiungere una perdita settimanale di peso da kg. 0,9 a 1,4. Se il paziente era a dieta ridotta, la si manteneva, altrimenti si lasciava la dieta normalmente seguita.

Dei 113 pazienti, soltanto 15 erano uomini; il peso medio era di kg. 85,5. Il trattamento è stato continuato per 40 giorni, ma in qualche caso anche fino a 125. La quantità media giornaliera di capsule è stata di 2,9 (1,5 per ogni kg. di peso). Le alte dosi venivano date soltanto ai pazienti che resistevano a quelle minori. La dose minima di una capsula al giorno è stata sufficiente per 7 pazienti; le dosi massime, di 5-6 sono state necessarie per 12.

La perdita di peso *standard*, per giudicare l'effetto del trattamento è considerata quella di 2-3 libbre (kg. 0,9-1,4) per settimana.

EFFETTI.

Tralasciando 7 casi perduti di vista e 19 che interruppero il trattamento per ragioni da esso indipendenti, si ha che 23 sono stati dimessi a trattamento ultimato, 52 sono ancora in cura, 9 l'hanno sospesa a causa di reazioni spiacevoli e 3 perchè inefficace; quindi gli insuccessi sono soltanto 12.

Nel gruppo dei dimessi, si è avuta una diminuzione media totale di peso di kg. 6,3 in giorni 51,8 (circa 1 kg. per settimana); per quelli ancora in corso di trattamento, la diminuzione media è stata di kg. 3,5 in giorni 34,7. In due dei casi in cui il trattamento risultò insufficiente, si ebbe un aumento di peso nei 2-3 mesi di trattamento; nel terzo, si ebbe diminuzione di soli 4 kg. in 81 giorni.

La sospensione del rimedio a causa di reazioni spiacevoli fu determinata per 1 da cistite (probabilmente per concentrazione dell'urina in seguito all'abbondante sudore), per 2 da disturbi del gusto, per 1 da gastro-enterite (forse soltanto coincidente), per 5 da reazioni cutanee.

Tenuto conto che l'azione predominante si esplica nello stimolo del metabolismo e della produzione di calore, si comprende che i segni principali siano l'aumento di calore e di traspirazione, avvertito da tutti i pazienti, in grado diverso secondo le possibilità individuali di dispersione del calore, di vaso-dilatazione della cute e le condizioni meteorologiche. Per produrre un aumento di temperatura, sono però necessarie dosi doppie di quelle usate. In alcuni, la traspirazione e la sensazione di caldo erano tali da riuscire tormentose, ma in nessuno indussero la sospensione del trattamento: forse, per qualcuno, le accennate circostanze facilitarono l'insorgenza di raffreddori.

Alcuni si lamentavano di stanchezza, altri di dispnea in seguito all'esercizio fisico, oppure di aumento di nervosismo, o di stato vertiginoso; si trattava di pazienti psiconeurotiche all'epoca della menopausa. In 3 si ebbero sintomi gastrointestinali di breve durata.

Da rilevarsi per 6 individui, l'*alterazione del gusto*, per cui i pazienti non distinguevano più il sapore dolce dal salato; il fenomeno scomparve gradatamente anche nei pazienti che non sospesero il rimedio.

Molto più importanti, anche perchè possono essere di una certa gravità, sono le *reazioni cutanee*, osservate nel 7 %. Generalmente, dopo un giorno di lieve prurito, si ha l'eruzione del tipo maculo-papulare o di orticaria; se si sospende il rimedio, scompare in 2-5 giorni. Per il trattamento bastano degli emollienti e dei calmanti. H. Anderson, C. Reed e A. Emerson riportano il caso di una donna di 43 anni, che al 14° giorno del trattamento (una capsula al giorno) avvertì forte prurito seguito da intensa ed estesa eruzione maculo-papulare a tutto il corpo, meno la faccia e la testa, edema alle braccia, spalla, collo, orecchie e dolore ai movimenti delle articolazioni. Si trattava evidentemente di fenomeni anafilattici; la paziente aveva sofferto in passato di artrite e di *dermatitis venenata*. Il tutto scomparve in pochi giorni.

Per quanto riguarda gli altri effetti, sono da citarsi l'abbassamento della pressione sanguigna e la scomparsa di albuminuria. Nessu-

na azione avrebbe invece il rimedio, alle dosi indicate, sul fegato; esso impartisce al siero ed all'urina un colore che può essere scambiato per itterico; l'aggiunta di una goccia di acido cloridrico al 5 % fa scomparire il colore del dinitrofenolo e non modifica quello dei pigmenti biliari.

Il dinitrofenolo è sconsigliabile per i pazienti con reumatismo cronico, alcoolismo, tubercolosi e malattie renali od epatiche.

Risulta in complesso che noi abbiamo nel dinitrofenolo un rimedio di notevole attività ed efficacia per il trattamento dell'obesità; la riduzione si fa soprattutto per il grasso accumulato alle anche ed all'addome; con la diminuzione di peso, scompaiono spesso anche altri disturbi ed i pazienti asseriscono di sentirsi meglio. Il meccanismo di azione, però, è del tutto differente da quello esercitato dalla tiroide; piuttosto, la diminuzione del grasso nel segmento centrale fa pensare ad un'azione dell'ipofisi.

Certamente, l'applicazione va fatta con grande prudenza e sotto stretta sorveglianza del medico; si sono avuti dei casi di morte, fra cui quella del dott. H. Gessnar. Il pericolo maggiore sarebbe che il dinitrofenolo venisse introdotto in preparati contro l'obesità da spacciarsi senza prescrizione medica; il desiderio della « linea » da parte del pubblico femminile potrebbe portare in tali casi a gravi conseguenze. Usato con cautela, esso potrà probabilmente essere di notevole utilità.

A. Filippini.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE PRINCIPALI.

H. Magne ed altri. Ann. de physiologie, vol. VII, 1931.
Von Euler. C. R. Soc. de Biologie, 16 ott. 1931.
W. C. Cuttin, H. G. Mehrtens e M. L. Tainter. Journ. Amer. Med. Assoc., 15 luglio 1933.
H. Anderson, C. Reed e A. Emerson. Ibid., 30 sett. 1933.
M. L. Tainter, A. B. Stockton e W. C. Cutting. Ibid., 4 nov. 1933.

SUNTI E RASSEGNE

RENI E VIE URINARIE.

Diuresi e diuretici.

(D. Murray Lyon. *British Medical Journal*, 11 novembre 1933).

L'acqua costituisce il più abbondante elemento nella composizione del corpo, in media circa il 60 % in peso ed in proporzioni diverse a seconda i vari tessuti: i muscoli ne contengono di più, la pelle meno.

La proporzione del contenuto di acqua varia anche a seconda dello stato generale di nutrizione; negli individui emaciati è più alta che nei grassi.

L'acqua dell'organismo deriva oltre che da quella ingerita, come bevanda o contenuta negli alimenti, da quella formata come prodotto finale del metabolismo.

Viene d'altra parte eliminata con le urine, dalla pelle, dai pulmoni, con le feci. Nelle condizioni normali l'immissione e l'eliminazione si bilanciano, e quando per varie condizioni fisiologiche si ha un eccesso di eliminazione le perdite vengono compensate con un aumento della ingestione.

Comunque il bilancio dell'acqua è piuttosto complesso, perchè oltre ai liquidi contenuti negli alimenti entrano in giuoco altri fattori dietetici. I carboidrati favoriscono l'accumulo di acqua, mentre i grassi tenderebbero ad eliminarla. Quando un individuo passa da una dieta ricca di carboidrati e povera di grassi ad una povera dei primi e ricca dei secondi, l'acqua contenuta in eccesso nel corpo è rapidamente eliminata. Le perdite possono raggiungere fino a tre o quattro litri al giorno, e nel senso inverso si può avere un aumento di peso che si può attribuire ad una ritenzione di liquidi. Le diete estremamente povere possono condurre all'edema da fame.

Il contenuto d'acqua del sangue è costante in relazione al contenuto di sale in modo da mantenere una pressione osmotica eguale. Quando l'una o gli altri aumentano si ha una corrispondente eliminazione o passaggio nei varî tessuti e spazî del corpo.

La quantità di acqua extravasale è molto elastica e può variare notevolmente in differenti condizioni, e quando raggiunge proporzioni anormali dà l'edema. Questo può dipendere da fattori meccanici (stasi periferica con dilatazione dei capillari ed aumento della pressione contro le loro pareti interne), da alterazione dei capillari che ne aumenta la permeabilità, ed in fine da alterazioni della composizione del sangue. Le proteine del plasma con la loro tendenza a trattenere l'acqua esercitano una pressione oncotica, che ostacola la filtrazione dell'acqua. Quando dette proteine diminuiscono al di sotto di un certo valore aumenta la tran-

sudazione. Le proprietà assorbenti dei colloidi sono influenzate da pH del sangue, da certi cristalloidi e forse anche da ormoni.

L'edema da insufficienza cardiaca oltre che dal difetto circolatorio, dipende da alterazioni secondarie dei capillari, dei tessuti, dei reni, nonchè da diminuzione delle proteine del plasma. Nella stessa condizione l'oliguria oltre che dal difetto circolatorio dipende da insufficienza renale secondaria.

Nelle affezioni renali si verificano tre tipi di edema. Nella prima fase della nefrite acuta l'edema si ha anche quando le proteine del sangue permangono normali. Nella nefrite subacuta o nella nefrite parenchimatosa cronica (nefrosi) la perdita prolungata di albumina impoverisce il plasma di proteine ed il conseguente abbassamento della pressione oncotica provoca la transudazione dell'acqua. Negli stati terminali delle affezioni renali si stabilisce una insufficienza cardiaca che concorre a provocare lo stato edematoso.

L'accumulo di acqua nei tessuti si riduce provocando un aumento della secrezione urinaria, della diuresi, che è facile provocare quando i reni ed il cuore sono sani, o per lo meno sono ancora in grado di reagire agli stimoli attivanti la loro funzione.

Nell'insufficienza cardiaca spesso si ha scomparsa degli edemi e contemporaneo aumento della urinazione con il riposo a letto. Agevolando il lavoro del cuore si migliora la circolazione periferica e renale.

Tra i farmaci per la cura degli edemi cardiaci il primo posto spetta alla *digitale*. Essa fu introdotta in terapia semplicemente come diuretico, ma sta di fatto che essa non aumenta la urina specie negli individui sani. Ha azione diuretica solo quando esiste oliguria da insufficienza di circolazione. Agisce sul cuore, e solo attivando questo migliora la circolazione e la funzione renale.

Può essere utilizzata anche negli stati terminali delle nefrosi, quando la diuresi è scarsa non solo per la deficienza renale in sè ma anche per il concomitante difetto di circolazione. In modo analogo risulta efficace negli edemi cachettici ed anemici.

La *scilla* ha proprietà diuretiche su per giù analoghe a quelle della digitale.

Lo *strofanto* si dimostra meno efficace, e può competere con la digitale solo quando è iniettato per via endovenosa come strofantina. Comunque i suoi effetti diuretici sono sempre più deboli e transitorî.

I farmaci del gruppo xantinico provocano la diuresi agendo direttamente sugli elementi renali, La *caffeina* è generalmente poco adoperata come diuretico a causa della sua azione eccitante sul sistema nervoso. Più usate sono la *teobromina* e la *teofillina*. Per evitare le nausee, i disturbi gastrici e le irritazioni renali che esse provocano si sogliono accompagnare al calcio, all'iodio, al luminal, al salicilato di soda, all'acetato di sodio ecc. L'eufillina (teofillina ed etilenediamina) è la mescolanza più felice, perchè non è irritante e possiede una maggiore attività dilatando i vasi coronari.

Comunque questi farmaci hanno un'azione incerta sugli edemi di origine renale e devono essere usati con prudenza a causa del danno che possono apportare ai reni. Giova adoperarli come adiuvanti della digitale.

L'*urea*, il più abbondante prodotto terminale del ricambio dell'azoto e costituente normale dell'urina, ha un'azione diuretica specifica. Ha una composizione chimica analoga a quelle dei corpi xantinici. Nell'oliguria di origine cardiaca provoca una diuresi abbondantissima. Non è però praticamente utilizzabile, almeno per cure lunghe, perchè provoca facilmente nausea, senso ammoniacale nella bocca e perdita dell'appetito. D'altra parte è controindicata quando esistono lesioni renali e ritenzione di azoto.

L'azione di molte sostanze diuretiche è rinforzata dai *sali*, che per un meccanismo osmotico impediscono il riassorbimento dell'acqua da parte dei tubuli renali. D'altra parte l'ingestione di sali provoca la necessità di bere e quindi l'aumento dell'urinazione. Ciò avviene quando i reni sono sani. Se la funzione renale è deficiente, come nelle nefrite acute, si ha invece la formazione o aggravamento degli edemi. La ritenzione di sali sembra essere il fattore essenziale di tutti gli edemi. Così si spiega come negli edemi renali e cardiaci la restrizione dei sali favorisce la diuresi. Gli edemi diabetici provocati in genere da riduzione alimentare scompaiono anche con la restrizione dei sali.

I diuretici salini più comunemente adoperati sono il citrato e l'acetato di potassio o di ammonio. La parte organica di questi sali si trasforma nell'organismo in carbonati con aumento dell'alcalinità del sangue e quindi dell'urina, ed il componente ammoniacale può essere trasformato in urea. Il nitrato di potassio, considerato un potente diuretico, ha lo svantaggio di provocare disturbi gastro-intestinali, ed il tartrato acido potassico può dare diarrea.

Tutto sommato la diuresi provocata a scopo terapeutico a mezzo di sali non è scevra di inconvenienti, e non sempre raggiunge lo scopo di ridurre gli edemi.

Nello stato di salute l'*acqua* è forse il diuretico più efficace: tutta quella che viene ingerita e assorbita in eccesso è rapidamente escreta dai reni. Le bevande abbondanti tendono a favorire l'eliminazione del cloruro di sodio. L'acqua come diuretico trova la sua principale indicazione nelle infezioni e nelle lesioni locali del tratto urinario. Si ha così un'eliminazione dei prodotti tossici e nello stesso tempo una diluizione delle urine, che riescono così meno irritanti.

Il *calomelano* è un ottimo diuretico, ma ha

lo svantaggio di provocare diarrea. Si è cercato di sostituirlo con preparati mercuriali organici (novasurol e salyrgan), che devono però essere somministrati per via intramuscolare.

Alcuni *ormoni* hanno influenza sul bilancio dell'acqua. L'adrenalina agisce come stimolante della circolazione e come vaso costrittore, ma non è gran che diuretica. L'ipofisina possiede proprietà diuretiche ed antidiuretiche; in pratica è adoperata solo nell'anuria. La tiroide riesce tal volta molto efficace per la cura degli edemi di origine renale.

La *dieta alimentare* ha una notevole influenza sull'eliminazione dell'acqua. Nelle cardiopatie la dieta idrica riesce spesso vantaggiosa. La riduzione delle proteine allevia il lavoro dei reni, ma non può essere protratta a lungo. Anzi quando gli edemi renali hanno raggiunto uno stato cronico e non c'è ritenzione di azoto, la dieta ricca di albumine può riuscire benefica: l'aumento di urea nel sangue eccita la diuresi. Anche la dieta con prevalente reazione basica o alcalina migliora la secrezione renale e nelle nefriti acute riduce il sangue e l'albumina nelle urine.

Nella nefrite parenchimatosa cronica il tessuto tubulare può essere così gonfio da ostruire i canali urinarî ed impedire meccanicamente il passaggio dell'urina. In tali casi è stata suggerita la decapsulazione dei reni alla quale spesso segue un notevole miglioramento della funzione urinaria. DR.

Diagnosi delle ematurie.

(*Gazette des hôpitaux*, 1933, n. 61, 63, 65).

Ogni ematuria che si presenta come sintoma isolato e non fa parte di sindromi emorragiche indica un'affezione organica dell'apparato urinario.

L'ematuria si riconosce ai caratteri dell'urina, all'esame chimico e soprattutto a quello microscopico che elimina l'emoglobinuria. Si tenga presente la possibilità di urine sanguinolente (mestrui, uretrorragia, emospermia); qualche confusione eliminabile con l'esame chimico e microscopico può essere data da urine medicamentose (rabarbaro, piramidone, salol) o biliari.

L'ematuria può essere un epifenomeno di sindromi emorragiche: 1) di malattie note (leucemia, insufficienza epatica, disturbi endocrini, infezioni acute, intossicazioni, uremia, appendicite acuta; 2) di malattie sconosciute (porpora infettiva o reumatica); di avitaminosi (scorbuto, morbo di Barlow, pellagra); dell'emofilia.

L'ematuria-sintoma può avere una causa evidente (traumatismi renali, vescicali, prostatici, emorragie *ex vacuo*) oppure non evidente; in tal caso se ne ricercherà la *sede*, con la prova dei tre bicchieri. L'ematuria è *iniziale* quando soltanto l'urina del primo bicchiere è colorata di sangue, è *terminale* quando è sanguigna soltanto quella del terzo, è *totale* se tutti tre sono uniformemente colorati.

Teoricamente, l'E. iniziale è di origine uretro-prostatica, quella terminale, di origine vescicale o vescico-prostatica, quella totale di origine renale od ureterale.

Tale schematizzazione, però, non risponde a tutti i casi, poichè un'E. apparentemente terminale può essere data dal sanguinamento a getto di alcuni cancri renali, quella totale può essere simulata dall'emorragia abbondante di papillomi vescicali e di certe ipertrofie prostatiche.

Nei casi difficili, tener presente che la presenza di coaguli vermiformi e gli arresti seguiti da riprese brusche dell'emorragia indicano l'ematuria renale e la necessità di rifare la prova dopo lavatura vescicale.

La cistoscopia in periodo ematurico è il complemento necessario per la diagnosi e mostrerà sia delle lesioni prostato-vescicali sanguinanti, sia un'eiaculazione sanguinante ureterale uni- o bilaterale che indica l'origine renale.

DIAGNOSI DELLA CAUSA.

1) *E. uretro-prostatica.* Si tratta raramente di stringimento uretrale, il più spesso di cause prostatiche: ipertrofia o cancro della prostata. Le E. sono spesso più frequenti ed abbondanti nel primo caso che nel secondo; l'esplorazione rettale fa rilevare in entrambi i casi un aumento di volume della prostata, che è di consistenza molle o soda nel primo caso e *lignea* nel secondo.

2) *E. vescicali*: *a*) senza fenomeni di cistite. Il polipo vescicale, che è la causa più frequente delle E. vescicali provoca E. spontanee, non dolorose, *abbondanti*, capricciose per la durata e la scomparsa, non influenzate dal movimento o dal riposo. La cistoscopia chiarirà la diagnosi. Cause più rare sono l'angioma vescicale e la porpora, eccezionali le varici vescicali;

b) con fenomeni di cistite. Gli antecedenti, l'esame delle urine e l'esplorazione vescicale identificano la varietà, che può essere: 1) blenorragica: generalmente poche gocce di sangue alla fine della minzione; 2) tubercolare: E. terminali minime provenienti da macchie ecchimotiche e non da ulcerazioni; si deve pensare alla tubercolosi renale; 3) colibacillare: dà talora E. abbondanti e può dare confusione con la tubercolosi renale; la cistoscopia non è di grande aiuto perchè le lesioni vescicali coli-bacillari simulano quelle tubercolari; 4) da calcolo: E. poco abbondanti, molto dolorose talora con penoso tenesmo vescicale; 5) neoplasica: E. meno abbondanti che nel polipo; la cistite concomitante è molto dolorosa e resiste a tutti i trattamenti, le urine sono di colore grigio-sporco, brunastre ed hanno odore putrido caratteristico; 6) da Bilharzia: E. spontanee, non dolorose, pochissimo abbondanti a

ripetizione che durano mesi ed anni; all'esame delle urine, presenza di uova di Bilharzia.

3) *E. renali*. La diagnosi può essere facile o difficile secondo la presenza o l'assenza di sintomi associati.

A) *Casi facili*: 1) E. con dolori. La *litiasi* dà un'E. spesso poco abbondante, provocata dai movimenti, le scosse, gli sforzi, il cammino prolungato, dolorosa (a tipo di colica nefritica con irradiazioni discendenti o con dolenzia lombare). Ricercare, in un periodo non ematurico, l'E. microscopica nelle urine della sera. In caso di E. dolorosa e provocata, fare una radiografia (che rivela tutti i calcoli salvo quelli di acido urico puro) ed una pielografia, che preciserà meglio il calcolo intrapielico in forma di zona chiara nel bacinetto pieno della sostanza opaca).

Nell'*idronefrosi*, l'E. si accompagna a crisi dolorose simili a quelle della colica. Si ricercherà la ritenzione pielica (cateterismo ureterale , si misurerà la capacità della pelvi renale (normalmente di 5-10 cmc.) e si farà una pielografia (deformazione della pelvi).

2) E. con tumore. Il *cancro* dà un'E. totale, abbondante spesso con coaguli vermiformi, di sangue nerastro, che compare spontaneamente, senza dolori, capricciosa ed intermittente (cessa e ricompare senza causa apparente non influenzata dal riposo o dalla fatica) isolata, senza segni vescicali ed aumenta di frequenza e di abbondanza col tempo. All'esame si rileva un tumore ai lombi, che conserva il contatto lombare, irregolare, di consistenza variabile. La pielografia indica la deformazione data dal neoplasma. Nel *rene policistico*, l'E. è incostante, ha i caratteri di quella neoplasica, ma mancano i coaguli; il tumore è generalmente bilaterale; nei casi unilaterali, la diagnosi col cancro è difficilissima.

3) E. con piuria. Nella *tubercolosi*, si ha: E. totale, di abbondanza variabile, ma generalmente discreta, di colore roseo, che compare spontaneamente e senza dolori (salvo i casi di occlusione dell'uretere da parte di coaguli). I caratteri di questa forma, al di fuori del periodo ematurico sono: la piuria (urine abbondanti, pallide, torbide che non si chiarificano mai per sedimentazione) e la sindrome vescicale associata (poliuria, pollachiuria, dolori alla minzione). La cistoscopia conferma la diagnosi, con le caratteristiche lesioni periureterali, il cateterismo ureterale la localizza.

Nella *pielonefrite ematurica*, la diagnosi è spesso difficile con la tubercolosi (non si ha mai però deficienza renale paragonabile a quella della tubercolosi). Nel *calcolo infettato*, la piuria e l'ematuria possono essere i soli segni (fare una radiografia); nell'*idro-pionefrosi*, si può avere E. abbondante (fare pielografia). Anche nei *tumori* renali si può avere (nella metà dei casi) infezione ed E.

B) Casi difficili. Sono essenzialmente quelli in cui l'E. si presenta come solo sintoma senza dolori, senza tumore, senza pus. La diagnosi non si fa che con un esame completo delle vie urinarie. La litiasi può dare un'E. spontanea, paradossale, che compare col riposo (fare la radiografia); la tubercolosi può dare un'E. isolata, abbondante (E. d'allarme; necessità della cistoscopia, della divisione delle urine, dell'esame batteriologico); il cancro si ha spesso un'E. prima della comparsa del tumore (pielografia ed eventualmente lombotomia esplorativa); il polipo dell'uretere dà spesso E. isolata; lo si può sospettare per le anomalie del cateterismo.

Se le esplorazioni rimangono negative, pensare: alla nefrite ematurica (mai coaguli), all'infarto renale, all'emofilia, rivedere il malato in periodo ematurico. *fil.*

Il trattamento per via endouretrale dell'ipertrofia prostatica.

(THÉVENARD. *Presse Méd.*, 4 ottobre 1933).

I primi tentativi di trattare l'ipertrofia prostatica per le vie naturali risalgono circa a un secolo, non si tratta quindi di una novità, purtuttavia l'argomento è attualmente di grande interesse in merito ai notevoli progressi che si sono avuti recentemente nel campo dello strumentario urologico con le nuove applicazioni delle correnti ad alta frequenza. Grazie a questi miglioramenti di tecnica è da ritenersi, secondo alcuni AA., che un metodo considerato fino ad oggi come d'eccezione divenga d'uso corrente nella pratica urologica.

Le correnti ad alta frequenza furono introdotte in urologia nel 1910-911 da Heitz-Boyer, si trattava però di correnti ad onde smorzate, le uniche esistenti allora, che agivano solamente per elettrocoagulazione; il loro campo d'azione, quindi, in tema d'ipertrofia prostatica, rimase assai limitato. Attualmente però, sono entrate in uso, grazie all'impiego delle valvole termojoniche, le correnti ad alta frequenza ad onde non smorzate (onde mantenute) le quali hanno un effetto sezionante efficace anche in mezzo liquido; è questo tipo di correnti (il medesimo che viene impiegato per il bisturi elettrico) che ha permesso di realizzare un notevole progresso al trattamento dell'ipertrofia prostatica per via endouretrale.

Strumentario. Gli istrumenti endoscopici si dividono in strumenti a visione diretta, ad aria, e strumenti con visione a prismi che lavorano in mezzo liquido. Appartengono al primo gruppo l'apparecchio di Luys e il «punch» di Young più o meno variamente modificato dagli altri AA. Appartengono al secondo gruppo l'apparecchio di Mac-Carthy e di Heitz-Boyer di tipo comune i quali agiscono con le correnti ad effetto coagulante, e i nuovissimi « resectoscopi » che permettono di sezionare elettricamente la sporgenza anormale del collo vescicale per mezzo della corrente ad alta frequenza ad onde non smorzate.

Intervento. Anche per via endouretrale gli esami e le cure preoperatorie che sono di rito allorchè si opera per via esterna conservano tutto il loro valore.

Viene usata a preferenza l'anestesia epidurale integrata da qualche iniezione transacrale, purtuttavia qualche operatore rimane fedele alla rachianestesia; generalmente una mezz'ora prima dell'operazione si pratica al paziente un'iniezione di morfina-scopolamina, questa pratica è particolarmente utile allorchè si adopera l'anestesia locale come fanno alcuni AA. che se ne dichiarano soddisfatti.

Messo in posto l'apparecchio con il quale si opera e repertata la formazione che deve essere asportata, questa viene resecata procedendo dalla superfice alla profondità e dominando mano a mano, mediante l'elettro-coagulazione i punti che sanguinano.

Gli AA. sono in massima parte d'opinione di limitare la resezione alla parte posteriore del collo irrigidito, alla cosidetta « barra » nei casi senza iperplasia, e al lobo medio nei casi con iperplasia; sono queste formazioni che costituiscono il maggior ostacolo allo svuotamento della vescica, i lobi laterali non avrebbero che una parte secondaria.

La complicazione post-operatoria più frequente è l'emorragia, quando è modesta sarà dominata con la sonda a permanenza, altrimenti, rimesso in posto lo strumento operatore, i punti che sanguinano verranno coagulati; in casi più ostinati verrà applicato entro l'uretra un palloncino sul tipo del pallone di Champetier. Subito dopo l'emorragia, in ordine di frequenza, la seconda complicazione è l'infezione; grande importanza nel prevenirla hanno le cure preoperatorie; le complicazioni cardiache e polmonari saranno efficacemente prevenute facendo alzare precocemente gli operati, il che è concesso dal tipo di intervento.

Indicazioni e risultati. Le indicazioni della resezione prostatica per via endouretrale sono assai discusse; fra gli AA. che la credono controindicata in ogni caso e quegli altri, non meno autorevoli, che la credono applicabile al 90 % dei casi, non è facile formarsi un'opinione esatta. Si può però ritenere che essa sia anzitutto applicabile a molti di quei casi che non sono operabili con altri metodi; ma questa è un'indicazione di necessità. Sono indicazioni di scelta i casi di « barra » semplice o di « fibrosi », i casi di lobo medio isolato e i casi di lobo medio associati a lobi laterali modestamente sviluppati.

Sono controindicazioni: la presenza di un calcolo vescicale, di un papilloma, di un diverticolo; le grandi dimensioni della prostata, la facilità dell'emorragia riscontrata durante gli esami strumentali.

I vantaggi dell'operazione endouretrale sono: la riduzione al minimo dello shock; l'anestesia limitata ad anestesia locale o regionale; la limitazione della permanenza a letto. Conseguentemente la mortalità è assai bassa: nelle più favorevoli statistiche recenti scende al 0,3%, mentre nelle più antiche superava il 3 %; si può ritenere che attualmente oscilli intorno al 0,50 %-1 %.

La più notevole obiezione che si fa al metodo endouretrale è che, essendo per questa via l'asportazione del tessuto patologico parziale, si ha probabilità di recidiva e possibilità di degenerazione maligna del tessuto residuo; questa ultima osservazione è tanto più giustificata in quanto si conosce la frequenza con la quale gli esami istologici sistematici dimostrano casi di metaplasia maligna in casi di ipertrofia prostatica in apparenza benigna.

L. FERRETTI.

CIRCOLAZIONE.

Etiopatogenesi dell'ipertensione arteriosa.

(M. ROCH. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 luglio 1933).

Nello studio delle cause che possono far variare la pressione arteriosa bisogna considerare il contenente, ossia il cuore, le arterie ed i capillari, ed il contenuto, ossia il sangue.

Per quel che riguarda il sangue sono state studiate come cause possibili l'aumento della viscosità del sangue, l'aumento del numero delle emazie, l'importanza dei gruppi sanguigni, la composizione del siero ematico e del plasma, speciali intossicazioni.

Ma i risultati delle ricerche finora eseguite non sono conclusive, anzi tenderebbero a mettere il sangue fuori causa.

Non sempre negli ipertesi la *viscosità del sangue* è aumentata, nè la poliglobulia è una condizione costante negli ipertesi, che anzi spesso sono molto anemici.

Per quel che riguarda i *gruppi sanguigni* si è trovato una maggiore frequenza nei gruppi III e IV, ma ciò non autorizza ad attribuire al fatto una spiegazione etiologica dell'ipertensione.

La *composizione del siero di sangue* ed in conseguenza la *pressione osmotica* delle proteine possono avere importanza nel determinismo dell'ipertensione, ma non essenziale. La pressione osmotica varia in ragione del tasso e delle qualità delle proteine contenute nel plasma. Se le proteine sono costituite da globulina la pressione osmotica sarà debole, i liquidi tenderanno ad attraversare i vasi producendo ipotensione e edemi. Se invece sono costituite da serina, le cui molecole sono molto piccole, la pressione osmotica sarà relativamente forte, essa tenderà ad attirare nel sangue i liquidi della periferia e si avrà l'ipertensione.

Nel plasma del sangue degli ipertesi è stato riscontrato *diminuzione del calcio ed aumento del potassio, aumento del glucosio e della colesterina,* ed in conseguenza è stata attribuita a queste sostanze la genesi dell'ipertensione, ma i fatti finora raccolti non giustificano una tale conclusione.

Si è pensato anche che a causa d'*insufficienza epatica*, di *fermentazioni intestinali* o di *deficienza renale* il sangue possa contenere aminoacidi ipertensori: tiramina, guanidina e derivati. Si è trovato che il sangue degli ipertesi ha una particolare azione su gli animali da esperimenti. Si sono trovate nelle urine degli ipertesi « uroipertensine » e « renine » la cui ritenzione provocherebbe l'aumento della pressione sanguigna. Ma si tratta ancora di nozioni frammentarie e discutibili.

L'influenza del *cuore* sulla pressione arteriosa si dimostra sopratutto nell'ipertensione dissociata, nella quale le relazioni tra la pressione massima e minima si allontanano dal normale, ossia all'aumento della minima non corrisponde un adeguato della massima, o viceversa è aumentata solo la massima.

Nel primo caso l'ipertensione dissociata è dovuta ad insufficienza cardiaca, e si ha un miglioramento con i tonicardiaci che abbasseranno la pressione minima.

Quando è troppo elevata solo la pressione massima è in causa l'ipercinesia cardiaca (basedowismo, simpaticotonia, cuore emotivo). L'aumento della pressione è in tali casi di solito transitoria.

Nelle forme di *sclerosi delle grandi arterie* (aortite sifilitica, senile) la diminuzione della elasticità della parete arteriosa fa sì che l'impulso impresso dal cuore si trasmette senza attenuazione alla periferia, e si ha quindi un aumento della pressione massima.

La pressione sistolica è generalmente elevata nei casi di aneurisma artero-venoso e d'insufficienza aortica: fenomeno compensatore di una pressione diastolica troppo bassa.

L'influenza delle *arteriole* e dei *capillari* è prevalente nella così detta *ipertensione parossistica* (avvelenamento da stricnina, adrenalina, piombo, eclampsia gravidica, coliche addominali, dolori violenti, embolia cerebrale, tumori del mediastino che ledono il vago, tumori surrenali).

Più importante di tutte è l'*ipertensione arteriosa permanente essenziale* (ipertonia dei tedeschi, iperpiesia degli inglesi, morbo ipertensivo dei francesi).

La maggioranza degli autori inclina a credere che la condizione sia determinata da uno stato di spasmo permanente delle fibre muscolari dei vasi, ed un'ipertonia della parete delle arteriole e dei capillari.

Secondo i francesi la malattia evolve in tre periodi: 1° periodo d'ipertensione pura, 2° periodo d'ipertensione complicata con arteriosclerosi e nefrite (ambedue secondarie all'ipertensione). 3° periodo d'involuzione (diminuzione della pressione per indebolimento generale delle condizioni organiche, morte per cachessia se il soggetto è sfuggito all'insufficenza cardiaca, all'emorragia cerebrale o all'uremia).

I tedeschi distinguono gli ipertesi bianchi e rossi. Nel primo caso la condizione sarebbe dovuta ad intossicazione (arteriosclerotici, nefritici) e nel secondo alla pletora (forti mangiatori e bevitori).

L'ipertensione permanente sembra essere un fenomeno compensatorio, utile per correggere gli inconvenienti dovuti ad abbassamenti di pressione. In effetti non è raro constatare che gli ipertesi i quali subiscono un abbassamento della pressione presentano disturbi varî: spirito meno vivo, digestione cattiva, respirazione più difficile e diminuzione della forza muscolare.

Il *meccanismo che regola la tensione vasale* si svolge attraverso reazioni nervose e vasomotorie da una parte, e umorali dall'altra.

In caso d'ipotensione nell'aorta e nei seni carotidei le reazioni nervose e vasomotorie si manifestano con la tachicardia e la contrazione dei vasi, sopratutto sotto il dominio dello splancnico. Tali fatti mobilizzano la riserva di sangue contenuta nell'addome e sopra tutto nella milza e fanno così fronte all'ipotensione. D'altra parte la stessa eccitazione dello splancnico provoca un'ipersecrezione d'adrenalina la quale determina una vasocostrizione generale.

I due fenomeni si sommano e si completano per compensare l'ipotensione.

In caso d'ipertensione fenomeni inversi tendono a ricondurre la pressione al normale: vasodilatazione nel dominio dello splancnico e diminuzione della secrezione di adrenalina.

Il meccanismo compensatorio si svolge seguendo un arco riflesso: le eccitazioni partendo dalla parete aortica e dei seni carotidei raggiungono il bulbo e sopra tutto le parti che regolano lo splancnico.

Le *lesioni renali* sono spesso il punto di partenza di un riflesso ipertensivo. Ma questo fenomeno patogenico non è costante: nella maggioranza dei casi non è la nefrite che provoca l'ipertensione, questa, invece, è primitiva e si complica successivamente con la nefrite.

Oltre all'adrenalina, altre *secrezioni interne*, hanno la loro parte nel determinismo dell'ipertensione: questa in effetti si riscontra nei disordini ipofisarî, tiroidei e ovarici.

Esiste un antagonismo tra l'adrenalina e le secrezioni interne del pancreas per quel che riguarda la glicemia; lo stesso antagonismo esiste verisimilmente per quel che riguarda la pressione arteriosa. È noto come gli estratti pancreatici abbassino la pressione arteriosa, e come essi agiscono da efficaci vasodilatatori nelle crisi vasali spastiche. Così si spiega la frequente *coincidenza del diabete e dell'ipertensione*: nel pancreas oltre l'ormone insulinico, ne esiste un altro che ha azione antagonista a quello dell'adrenalina.

Le *malattie artritiche* (obesità, gotta, alcuni reumatismi cronici, litiasi biliare, calcolosi renale ecc.) si accompagnano spesso ad ipertensione. Per ora nulla è chiarito circa i due ordini di fenomeni, non si sa se esiste tra essi interdipendenza causale o se si tratti di manifestazioni concomitanti della medesima diatesi.

Le *intossicazioni* e le *infezioni* hanno senza dubbio importanza nella genesi dell'ipertensione.

L'azione del piombo si manifesta sopratutto nell'ipertensione parossistica. Secondo alcuni l'encefalopatia saturnina sarebbe l'effetto dei disturbi cerebrali dipendenti dall'ipertensione. Si è sostenuto anche che la frequenza dell'ipertensione sarebbe in rapporto alle piccole quantità di piombo assorbite quotidianamente in seguito all'uso di utensili di cucina contenenti tale metallo o di acque attraversanti le condotte di piombo.

Il tabacco è spesso ritenuto causa determinante delle complicazioni dell'ipertensione (claudicazione intermittente, angina pectoris, ecc.) ma non sembra che possa avere importanza come causa essenziale allo stesso livello dell'alcool.

L'influenza dell'ipervitaminosi nella patogenesi dell'ipertensione è molto discutibile.

Anche l'importanza delle auto-intossicazioni intestinali è da dimostrarsi.

Nel campo delle ipotesi restano pure le relazioni tra ipertensione e malattie infettive (reumatismo articolare acuto, vaiuolo, scarlattina ecc), in quanto queste provocherebbero un'infiammazione delle arteriole e dei capillari. Più sicura invece è l'azione della sifilide.

L'affaticamento, le emozioni, la vita agitata sembrano avere per lo meno un'azione aggravante sulla ipertensione. Sta di fatto che essa è molto più frequente nelle città che nelle campagne, più tra i popoli civilizzati che tra i selvaggi. D'altra parte è noto come il migliore trattamento dell'ipertensione sia il riposo e la tranquillità. DR.

L'asportazione totale della tiroide quale metodo di cura dell'insufficienza cardiaca e dell'angina pectoris.

(H. BLUMGART, J. RISEMAN, D. DAVIS, D. BERLIN, *Arch. of Intern. Med.*, agosto 1933).

È con questo titolo sensazionale che gli AA. annunziano al mondo scientifico un nuovo metodo di cura degli stati di insufficienza cardiaca: certo l'audacia dei medici e chirurgi americani non conosce oggi alcun limite e rasenta ciò che a noi, europei arretrati, sembra inverosimile. In questo lavoro gli AA. riportano i risultati terapeutici ottenuti su 10 pazienti, affetti da insufficienza cardiaca resistente a qualsiasi trattamento o da *angina pectoris*, ai quali essi hanno asportato totalmente, a scopo terapeutico, la tiroide, che, del resto, era normale. Certo è da ammirare la cieca fiducia con la quale i pazienti americani si sottopongono a cure di questo genere e il coraggio che essi dimostrano: cose che purtroppo non si verificano nel nostro vecchio continente.

Il concetto fondamentale che ha guidato gli AA. nel loro esperimento è in sostanza questo: essendo stato da vari ricercatori constatato che la velocità di circolazione del sangue (volume minuto del cuore) è proporzionale direttamente all'altezza del metabolismo basale, e ciò perchè processi metabolici più vivaci richiedono in quel determinato territorio maggiore apporto di sangue e quindi maggiore lavoro per il cuore e maggiore facilità di scompenso, è parso logico agli AA. pensare che la diminuzione della cifra del M. B. attraverso l'asportazione della tiroide dovesse di conseguenza apportare una diminuzione d'intensità dei processi metabolici nei vari territori organici, donde una minore irrorazione e migliorate condizioni circolatorie.

Detto e fatto — l'esperimento è stato compiuto su 10 pazienti affetti da insufficienza cardiaca o *angina pectoris* ritenuti incurabili anche palliativamente, i quali, piuttosto che trascorrere una vita meschina hanno preferito esporsi ai rischi, non lievi, di un tale intervento.

Ed ecco i risultati: i due pazienti affetti da *angina pectoris* prima dell'operazione non ebbero più alcun attacco dopo l'intervento. In uno di questi pazienti, nel quale un determinato lavoro provocava prima dell'intervento sicuramente l'attacco di angina, questa non si presentò, dopo l'intervento, nemmeno con un lavoro 6 volte maggiore. Altri nove pazienti, la cui insufficienza cardiaca aveva resistito a tutti i trattamenti medici, compresi i lunghi periodi di riposo a letto, mostrarono dopo l'intervento segni notevoli di miglioramento: per un periodo di osservazione di tre a sei mesi essi hanno potuto riprendere gradualmente alcuni esercizi abbastanza faticosi senza che perciò notassero palpitazione, dispnea o alcun segno di *défaillance* cardiaca. In ciascuno di questi pazienti il metabolismo basale mostrò un abbassamento dei suoi valori, parallelo al miglioramento clinico; ed in 7 di essi la velocità di circolazione del sangue divenne più bassa permettendo così lo stabilirsi di una « forza di riserva » cardiaca, che prima mancava.

Le prove di lavoro che prima erano causa di disturbi furono, in seguito all'intervento, facilmente superate: e così anche scomparvero le emottisi ripetute e i dolori al torace nei pazienti che prima ne soffrivano. Uno dei pazienti che soffriva di dispnea parossistica, mostrò un netto miglioramento nelle prime tre settimane dopo l'operazione: ma al 22° giorno ebbe un attacco di edema polmonare acuto con esito mortale.

In quanto ai disturbi riferibili alla mancanza della secrezione tiroidea, questi consistettero soltanto in una lieve succulenza della cute, in aumentata sensibilità al freddo, lenta crescita dei capelli e diminuzione di frequenza dei battiti cardiaci.

La tiroidina fu somministrata, e per brevi periodi, soltanto in due casi: negli altri non fu necessaria. Da notare che in uno dei pazienti che sin dall'infanzia aveva sofferto di attacchi continui di asma bronchiale, questi non si sono più presentati dopo l'operazione. Questa è se-

condo gli AA. controindicata nei casi di lesioni coronarie attive, di infezioni in atto e nelle lesioni cardiovascolari luetiche rapidamente progressive.

Da tentare invece nei casi appunto di *angina pectoris* o di insufficienza cardiaca in cui la cura medica quale è comunemente attuata non abbia dato alcun risultato. E così un altro campo di stretta, anzi strettissima collaborazione è aperto fra medici e chirurgi: auguriamoci che esso sia fecondo di buoni risultati.

G. LA CAVA.

EPIDEMIOLOGIA.

La febbre gialla.

(E. LA TERZA. *Annali di Medicina Navale e Coloniale*, 1933, fasc. III-IV).

La febbre gialla è una delle malattie esotiche più gravi; la sua etiologia resta ancora oscura nonostante le numerose ricerche scientifiche cui vanno legate gloriose vittime umane.

Secondo l'A. la febbre gialla è una malattia a germe invisibile filtrante a traverso candele porose, caratterizzata da breve periodo di incubazione, da invasione brusca con fenomeni di eccitazione seguiti da uno stato emafeico. La mortalità ha una media del 55 %.

La distribuzione geografica della malattia è localizzata nel bacino dell'Atlantico con due focolai principali allo stato endemico: l'americano e l'africano.

L'agente trasmettitore e disseminatore è una zanzara: la stegomya fasciata che appartiene alla famiglia dei culex e deve il suo nome alla presenza di macchie bianche trasversali su parti svariate del corpo.

La puntura umana è prodotta dalla femmina ed anche nelle ore diurne.

L'infezione è tanto più benigna quanto la zanzara ha punto più persone dopo che essa ha caricato la sua tromba di virus. Le zanzare pungendo individui affetti da febbre gialla, si infettano solo quando la suzione è operata durante i primi tre giorni di malattia: esse però non sono capaci di trasmettere l'infezione ai soggetti sani, che pungono dipoi, solo a partire dal 12° giorno e restano capaci di infettare fino alla morte.

In questi ultimi tempi si sono intensificate le ricerche sulla trasmissione del virus amarillico: così si è stabilito che altre stegomye oltre la fasciata possono essere ospiti intermedie del virus e che esistono delle razze di stegomye non suscettibili di infettarsi.

La trasmissione del virus è possibile anche a traverso la cute integra e le mucose, per mezzo del sangue virulento di malati all'inizio della malattia.

L'introduzione nell'esofago di sangue infetto diluito con soluzione fisiologica non provoca malattia.

Le feci di stegomye che hanno punto malati di febbre gialla sono virulente, anche per semplice contatto sulla cute integra e sulle mucose di animali sensibili.

Pare che anche i maschi delle stegomye si possano infettare; è anche possibile il passaggio diretto del virus da stegomya a stegomya senza l'intervento umano.

Oltre alla puntura della zanzara infetta esistono altri modi d'infezione: casi recenti d'infezione nel laboratorio di Londra dimostrano che il materiale di autopsia è contagioso.

La morte di Stokes, Noguchi e Young, scenziati martiri della febbre gialla si verificò senza intervento di zanzare.

Per molto tempo è stato ricercato nelle acque, nell'aria, nel suolo, nel sangue l'agente etiologico della malattia.

A volta a volta furono in auge il cryptococcus di Domingos Freire e il B. icteroides di Sanarelli e la leptospira icteroides di Noguchi: ma sempre la scienza ha dovuto indietreggiare di fronte a nuove ricerche.

Le alterazioni dei vari organi nelle scimmie morte per febbre gialla sono: ittero, emorragie consistenti in soffusioni sanguigne nello stomaco e intestino, petecchie sulla pleura, pericardio, endocardio; degenerazione grassa del fegato; reni lievemente ipertrofici, con aspetto grigiastro della corticale.

Clinicamente: durante il periodo di invasione si nota brusca comparsa della febbre, cefalea, rachialgia, occhio lucente, agitazione, vomiti, dolori gastrici, albuminuria. Nel secondo periodo si ha caduta della temperatura, scoloramento del volto, occhi subitterici; vomito, melena. Il terzo periodo è distinto dalle emorragie, vomiti neri, itterizia. La fase finale cui segue la morte, è caratterizzata da anuria e vomito. Quando si ha la guarigione, questa è annunziata da abbondante urinazione, diminuzione dell'albumina, eliminazione di pigmenti biliari.

Le diagnosi cliniche, specialmente nelle forme fruste è spesso difficile: si può fare confusione con la malaria, con la dengue, con la febbre ricorrente e con la spirochetosi, col tifo.

La cura della febbre gialla è molto difficile: si prescriveranno lozioni alcoolizzate per abbassare la febbre, riposo dello stomaco, pulizia della bocca. Si porrà una vescica di ghiaccio sull'epigastrio e si somministrerà acqua ghiacciata per bocca e piccoli enteroclismi di acqua fredda. Utili sono la rettoclisi con siero glucosato e le iniezioni sottocutanee di adrenalina. Se il malato migliora si continuerà la dieta idrica fino alla scomparsa della albumina; allora si daranno brodi vegetali, acqua zuccherata, ecc.

Il chinino è dannoso ai reni già lesi dal virus amarillico.

Sono infettabili tutti quesi paesi ove vivono le stegomye: in essi, se indenni, la profilassi viene attuata secondo le norme stabilite dalla convenzione sanitaria di Parigi nel 1926 circa la difesa delle frontiere marittime.

Nei paesi nei quali la febbre gialla è endemica e nei paesi infettabili la profilassi si basa su l'isolamento dei malati, la distruzione delle zanzare, la protezione dei sani, la siero-profilassi e la vaccinazione.

L'isolamento vien fatto in ospedale, in camere protette con reti metalliche e in letti forniti di zanzariere; è necessario che l'isolamento sia fatto il più precocemente possibile.

È difficile impedire i contatti fra persone sane e stegomye infette. È necessaria la massima igiene della casa; si curerà che le grondaie, i serbatoi siano sempre asciutti e che le cisterne, i pozzi, ecc. siano sempre ben chiusi. Le persone che sono obbligate a vivere all'aperto adotteranno gli stessi mezzi di protezione usati contro la malaria.

Ma la vera misura efficace è la lotta contro le stegomye in tutte le fasi dalla loro vita. Contro gli insetti adulti si adoperano polverizzazioni con miscuglio a base di tetracloruro di carbonio, salicilato di metile e petrolio, fumigazioni con anidride solforosa o acido cianidrico. Contro le larve il mezzo efficace è il prosciugamento delle acque stagnanti e se ciò non è possibile, lo spargimento di petrolio, di oli minerali con l'aggiunta di sostanze insetticide; anche il verde di Parigi è stato con vantaggio sperimentato, come pure la immersione di Gambusie nelle acque ove si trovano uova e larve di stegomye.

A scopo preventivo si è sperimentata negli animali con buoni risultati la iniezione di preparati di bismuto, di siero ricavato da soggetti guariti e di vaccino o meglio anavirus, analogo alla anatossina difterica.

È da augurarsi che la profilassi e la terapia immunitaria possano al più presto entrare nella pratica umana con garanzie di efficacia e sopratutto di innocuità, in attesa che possa essere svelato l'ancor misterioso agente etiologico della febbre gialla. VICENTINI.

La rabbia autoctona nell'Africa occidentale francese.

(S. NICOLAU, C. MATHIS e VAL. COSTANTINESCO. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, giugno 1933).

Esiste nell'Africa occidentale francese, accanto alla rabbia canina comune importata dall'Europa, una malattia speciale autoctona, chiamata nel dialetto bambara: Oulou-Fato, malattia che non sarebbe trasmissibile all'uomo. Questa credenza della non trasmissibilità all'uomo, universalmente diffusa fra gli indigeni, e condivisa da numerosi europei, sembra appoggiata dal fatto che i documenti del Servizio di Sanità fino a questi ultimi anni non fanno menzione di casi di rabbia umana in Africa occidentale francese.

Gli AA. hanno potuto studiare una sorgente di virus di questa malattia. Mentre però gli esperimentatori che precedentemente si sono occupati dell'argomento avevano prelevato i centri nervosi sul cadavere di un cane, l'origine del virus studiato dagli AA. proviene da un caso umano.

Questo germe si è dimostrato, al principio delle esperienze, poco virulento. In condizioni particolari gli AA. sono riusciti ad ottenere dalla stessa sorgente di virus di strada due virus fissi: l'uno uccide il coniglio inoculato nel cervello in 8-10 giorni, l'altro in 10-12 giorni.

Il cervello di conigli morti di questa rabbia presenta corpi del Negri. Queste inclusioni diminuiscono in volume ed in numero con il passaggio in serie durante il processo di trasformazione del virus di strada in virus fisso. Il nucleo optico basale è la sola regione in cui i corpi del Negri restano numerosi e di dimensioni importanti, anche dopo quaranta passaggi cerebrali e allorquando il virus è fissato da molto tempo.

Il germe è invisibile e non coltivabile nei mezzi abituali; la centrifugazione anche prolungata non sopprime la virulenza delle emulsioni. Il virus di strada, in diluizioni ha il titolo di 1/5000; una volta fissato sul coniglio, il titolo aumenta a 1/20.000. La glicerina attenua rapidamente la virulenza del virus di strada (3-4 settimane), molto meno rapidamente quella del virus fisso (3-4 mesi). Sottoposte alla elettroforesi, le sostanze che servono di supporto al germe si dimostrano elettronegative.

Il coniglio e la cavia sono più sensibili all'azione patogena del virus che il ratto, il sorcio, il cane e la gallina.

La malattia conferita al coniglio a mezzo del virus di strada introdotto sotto la duramadre è una rabbia di cui la fase paralitica è preceduta da un periodo di eccitazione particolare e da fenomeni di contrattura intensa. Il virus fisso conferisce una rabbia paralitica di corta durata. Inoculato sulla pelle, nei muscoli, nella camera anteriore dell'occhio, sulla cornea, nelle vene e nello sciatico, il virus di strada uccide il coniglio, in modo incostante. Al contrario di ciò che si verifica con il virus rabbico di strada classico, la septineurite provocata dal germe studiato dagli AA. nell'organismo del coniglio si mette in evidenza molto difficilmente con l'inoculazione dei monconi di nervi. Questo stesso germe, introdotto nel cervello dei conigli, non può essere ritrovato negli organi o negli umori, ad eccezione del nevrasse.

Gli AA. sono stati così condotti a riconoscere nel loro virus dei caratteri sperimentali che spiegano come l'Oulou-fato si trasmetta raramente all'uomo.

Le alterazioni istopatologiche del sistema nervoso centrale, viscerale e periferico degli animali inoculati con il virus di Oulou-fato sono quelle della rabbia. I corpi del Negri trovati nei neuroni, non importa a quale livello, sono in genere differenti da quelli della rabbia classica per la loro colorabilità; essi si

colorano quasi sempre in bleu con il metodo di Mann, non avendo l'affinità oxifila dei corpuscoli citoplasmatici che caratterizzano la rabbia. Il polimorfismo delle inclusioni trovate nell'Oulou-fato è molto accentuato. Dei neuroni in istato avanzato di degenerazione contengono spesso delle inclusioni.

Esiste una immunità crociata perfetta fra il virus di rabbia classico e quello studiato dagli AA.

Ricordiamo che una forma speciale di rabbia canina venne già descritta, in Egitto, dal nostro Carpano. C. TOSCANO.

DIVAGAZIONI

Le prove biologiche dell'invecchiamento.

Uno dei caratteri fondamentali della vita è la sua cessazione dopo una durata più o meno lunga a seconda delle varie specie. Ad un determinato momento gli elementi vitali perdono le loro particolari peculiarità, si disintegrano, si scompongono in sostanze del mondo inorganico. La morte è un attributo della vita.

Ma gli elementi che costituiscono l'organismo vivente non rimangono immutati per tutta la durata della vita. Questa ha un suo ciclo anatomico e funzionale. Ogni età ha le sue caratteristiche.

Come tutti i fenomeni naturali la vita è ritmo, ritmo di attività e di riposo, di assimilazione e disassimilazione, di costruzione e di disintegrazione. La stessa pausa funzionale non è che una manifestazione della vita, non una sospensione, perchè la sospensione della vita è la sua cessazione, è la morte.

La morte fisiologica è preceduta da un rallentamento del ritmo vitale, che intenso e costruttivo nei primi anni, raggiunge l'acme dell'equilibrio con la maturità, per poi diventare più debole, più lento, distruttivo con la senescenza.

I vari periodi della vita si possono inquadrare solo grosso modo con gli anni passati dalla nascita dei singoli individui.

Condizioni intrinseche e influenze ambientali fanno sì che l'adolescenza, la giovinezza, la maturità e la vecchiaia capitano in epoche diverse nelle varie razze, nelle varie latitudini, e negli individui appartenenti alla stessa razza e dimoranti nelle stesse regioni.

La varie età sono caratterizzate da modificazioni degli organi e dei tessuti, dell'aspetto e del contegno, che sono facilmente rivelabili. Capita però di frequente che queste modificazioni si verificano con anticipo o con ritardo di fronte alla norma; l'aspetto non corrisponde all'età.

È quindi possibile errare se si apprezza l'invecchiamento solo dalla comparsa o meno di quelle alterazioni che contrassegnano generalmente la senilità.

Si è perciò tentato di misurare la età, l'invecchiamento effettivo senza tener conto della data di nascita e quei caratteri esterni che contrassegnano generalmente i vari periodi della vita.

Carrel propose a tale scopo di misurare la capacità di accrescimento dei tessuti.

Se si pongono piccoli pezzi di tessuti viventi in un mezzo quasi privo di sostanze nutritive, essi manifestano una certa attività di crescenza e per qualche giorno aumentano di volume. La durata e la velocità di questo accrescimento rappresentano l'energia di crescenza residua dei tessuti, che è massima nell'embrione, notevole nel neonato, e decresce durante la giovinezza e la maturità per diventare debolissima durante la vecchiaia.

Questa energia di crescenza varia a seconda degli umori nei quali sono posti i tessuti, è massima nel siero di sangue. Carrel ha chiamato indice di crescenza il rapporto tra la superfice d'una colonia di fibroplasti nel siero e la superficie di un'eguale colonia di cellule in una soluzione priva di siero. Le variazioni di queste superfici sono all'inizio della senescenza così deboli da non essere quasi misurabili.

Lecomte du Nouy ha proposto un altro metodo basato sulla cicatrizzazione delle ferite. Se si disegnano accuratamente sopra un foglio di cellofano sterile i contorni di una piaga si possono seguire di giorno in giorno i progressi della cicatrizzazione. Sottraendo successivamente la superficie misurata in centimetri quadrati da quella ottenuta il giorno innanzi si constata che la differenza, la quale esprime la superficie cicatrizzata non è costante, ma diminuisce a misura che la piaga si riduce. Si indicano i punti rappresentanti la superficie cicatrizzata su un foglio sul quale le ordinate rappresentano le aree in centimetri quadrati e le ascisse i giorni, si nota che per una ferita normale non infetta, i punti possono essere riuniti da una curva regolare a decorso geometrico.

L'equazione algebrica di queste curve consentirebbe di calcolare preventivamente la data della cicatrizzazione totale e le dimensioni successive della piaga.

Ma sta di fatto che alcune circostanze modificano il decorso della curva, sopra tutto l'età del paziente. Questa influisce sensibilmente sul processo di cicatrizzazione ritardandolo con l'avanzarsi degli anni. Questo elemento è stato accuratamente calcolato, anzi è stato sfruttato come saggio della vitalità dei tessuti e conseguentemente per apprezzare l'età del soggetto. La data di guarigione è in funzione della superficie della lesione e dell'età del ferito.

In un individuo sano di venti anni la cicatrizzazione di una ferita di 10 cmq. si ha in dieci giorni, mentre ne occorrono tredici a trent'anni, diciotto a quarant'anni, venticinque a cinquanta anni, trentadue a sessant'anni. In un ragazzo di dieci anni bastano appena sei giorni e mezzo.

La durata del processo di cicatrizzazione costituirebbe una prova biologica dell'età.

argo.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Pubblicazioni degli allievi in onore del Maestro Prof. UMBERTO MANTEGAZZA, *offerte in occasione del XXVIII Congresso Italiano di Dermatologia e Sifilografia tenuto nella Clinica Dermosifilopatica di Pavia* (21-24 ottobre 1933-XI). Vol. di pag. 725. Pavia, Tip. già Coop. di B. Bianchi.

Il volume di pubblicazioni offerto al Prof. U. Mantegazza, nel XXVIII Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia (Pavia, 21-24 ottobre 1933-XI), oltre il valore intrinseco dei numerosi lavori di cui si compone, ha pure un significato simbolico che non si può a meno di fare rilevare.

Nessuna migliore occasione per festeggiare il Maestro insigne, il quale da più di un quarto di secolo dirige la Clinica dermosifilopatica di Pavia, si prestava agli allievi antichi e recenti quanto l'annuale riunione dei dermatologi italiani, ospiti, con parecchi colleghi stranieri, nei nuovi splendidi locali della Clinica, sorta da poco tempo per l'impulso animatore del Regime, insieme con tutti gli altri edifici del grandioso Policlinico a sostituire il vecchio Ospedale di S. Matteo oramai troppo angusto e divenuto inadatto al bisogno.

E così gli allievi, fra cui quelli già saliti alla cattedra, riunendo in questo volume lavori proprii e quelli delle loro scuole, han potuto mostrare al Maestro (quasi « cursores vitae lampada tradunt ») come la fiaccola del sapere loro affidata non fu lasciata spegnere, ma, trasmessa alle nuove generazioni di studiosi, perpetua fra di esse la luce della scienza in continuo divenire.

Ben venti lavori compongono il magnifico volume di ciascuno dei quali purtroppo la ristrettezza dello spazio ci vieta di fare sia pure un sommario cenno.

Ricorderemo soltanto: G. Mariani (Bari) *sui caratteri regionali cutanei rilevati con la ispezione secondo piani orizzontali*, saggio di originalissime indagini su problemi di dermatologia « regionale » micro- e macroscopica, corredato da ben 10 tavole con 68 figure; A. Serra (Cagliari) *sulla diagnosi precoce della lebbra*; G. Falchi (Sassari) *sull'influenza di estratti di organi in determinate infezioni sperimentali della pelle*, con tre tavole e 27 figure; F. Flarer (Messina) dal titolo: « *Quadri di partecipazione cutanea alla patologia del sistema reticolo-endoteliale* » con tre tavole e 31 figure di cui 8 a colori.

Degli altri lavori, usciti dalle Cliniche di Bari (Jaja, Sannicandro), Cagliari (Pinetti, Rivelloni), Messina (Grillo, Mantarro, Pisacane, Saverio), Pavia (Baccaredda, Casazza, Cottini, Glingani, Peracchia, G. Radaeli), Sassari (Manca-Pastorino, Tamponi) non ci è possibile dire altro se non che l'interesse dei vari argomenti, d'indole clinica, terapeutica, sperimentale, i quali investono i più diversi campi della dermatologia e sifilologia, va di pari passo con la modernità delle vedute ed il rigore dei metodi d'indagine.

La suntuosa e corretta edizione e le numerose figure impeccabilmente riprodotte aggiungono pregio a questo notevolissimo contributo che gli allievi del Prof. Mantegazza hanno portato agli studi dermatologici e che anche nella veste esteriore è riuscita degna dell'illustre Maestro che si voleva onorare.

Possiamo dunque fare nostre e chiudere con esse questo breve cenno, le parole con cui G. Mariani, il più anziano degli allievi offerenti ed ora Clinico a Bari e Magnifico Rettore di quella Università, conclude a sua volta la prefazione al volume:

« Dalla Sicilia, dalla Sardegna, dalle Puglie, i Suoi dispersi ma sempre memori allievi gli hanno voluto oggi presentare gli ultimi frutti del loro lavoro, ben sapendo che nessun compenso poteva essere più gradito alle Sue diuturne alte fatiche che quello di veder fiorire, nel terreno da Lui seminato, una rigogliosa e ricca messe ». V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. DE CASTRO. *Chirurgia della tubercolosi polmonare.* Hoepli, Milano, 1933.

La cura della tubercolosi polmonare è ormai da un venticinquennio entrata nel campo della chirurgia e dopo i primi periodi di entusiasmi e di incertezza, dopo gli inevitabili errori di valutazione e di metodo attualmente ha una base sicura nella pratica clinica.

Può dirsi oggi che circa due terzi dei casi fra quelli non beneficiabili delle cure comuni e dei pneumotoraci possono avvantaggiarsi della terapia cruenta. Attualmente anche in questo campo la chirurgia italiana non è seconda a nessuno sia per il numero degli interventi eseguiti che per la capacità e la ricchezza di dotazione degli Ospedali e luoghi di cura dove esiste personale e attrezzatura particolarmente adatte per queste operazioni che esigono un grado di specializzazione e una esperienza pratica notevole. Ma se abbiamo nel campo puramente medico e in quello scientifico una vasta messe di monografie che si occupano del problema della tubercolosi polmonare, scarseggiano invece nel nostro paese trattati che considerano con una certa larghezza il problema chirurgico di questa malattia. Pertanto è riuscito utile e molto opportuna questa notevole pubblicazione di Antonio De Castro edita da Hoepli in bella veste tipografica dove esprime in modo succinto, ma concettoso, senza trascurare le parti essenziali, le moderne

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

conoscenze sulla cura chirurgica della tubercolosi polmonare.

Questo libro riuscirà quindi assai utile non solo per la cultura generale del medico ma come guida pratica del chirurgo.

V. GHIRON.

G. SOLIERI. *Scritti sull'addome destro.* Bologna, L. Cappelli, 1933.

L'A. ha raccolto in un volume tutti gli articoli da lui pubblicati sia sulle sindromi cliniche che sulla tecnica operatoria in talune affezioni degli organi della metà destra dell'addome che per peculiari affinità di semeiotica, per le frequenti associazioni morbose, per molteplici legami nervosi, arteriosi e linfatici, sono state riunite in questi ultimi anni come sindrome morbosa a sè col nome di sindrome da addome destro. Il nome stesso di sindrome e non di malattia, le sue caratteristiche essenzialmente cliniche più che anatomo-patologiche, stanno a indicare che si tratta più di un'affinità sintomatica piuttosto che di una vera entità morbosa. Questo ci dà una ragione delle numerose discussioni a cui ha dato luogo, ma indubbiamente l'introduzione di queste nuove idee nella clinica è stata di grande utilità sia per darci ragione di molti sintomi prima oscuri, che per indicarci taluni trattamenti chirurgici.

Il nome del chiaro autore e la sua larga esperienza clinica sono un'altra ragione per richiamare l'attenzione del ceto medico a questo interessante volume.

V. GHIRON.

A. BASSET. *Le génou. Anatomie chirurgicale et radiographique; chirurgie opératoire.* Vol. di 190 pagg. con 120 fig. Edit. Manou. Frs. 45.

È la prima di una serie di monografie che il Basset si propone di scrivere sulle grandi articolazioni. L'opera si divide in due parti: nella prima viene tratteggiata l'anatomia chirurgica del ginocchio con speciale riguardo all'aspetto radiografico in condizioni normali. Apre la seconda parte uno studio alle vie d'accesso all'articolazione; seguono i capitoli di tecnica chirurgica dedicati alle lesioni traumatiche, alle anchilosi, alla tubercolosi...

Chiude il libro una breve esposizione sulle operazioni mutilanti. Non possiamo esimerci dall'esprimere meraviglia nel trovare quivi descritta e raccomandata la disarticolazione, operazione da rigettare se non altro perchè crea un problema protesico di soluzione difficile o impossibile.

Il libro è del resto assai interessante e ben illustrato.

V.

F. MASMONTEIL. *Chirurgie ostéo-articulaire.* Vol. di 360 pagg. con 201 disegni e 60 tav. radiografiche. Maloine edit., Parigi. Frs. 80.

Il libro non rappresenta un trattato di chirurgia osteo-articolare come il titolo potrebbe far credere, ma contiene l'illustrazione, verbale e iconografica, degli interventi di chirurgia osteo-articolare, a giudizio dell'A., di pratica più corrente.

La maggior parte dei capitoli sono dedicati alla tecnica della sutura ossea, che viene ampiamente descritta per quel che riguarda l'istrumentazione e le varie applicazioni. Interessanti le descrizioni degli interventi sul ginocchio (meniscectomia, plastice dei legamenti crociati, artrodesi...) e sull'anca (artrodesi extraarticolare, plastice del tetto...).

Materiale illustrato di primo ordine.

Libro interessante ed utile per i chirurgi.

V.

M. SEGRÉ. *Compendio di Ortopedia, per studenti e medici pratici.* Vol. di 300 pagg. con 58 fig. Edit., Stabilimento Poligrafico Modenese, 1930.

Più che un vero e proprio manuale il libro rappresenta il frutto dell'attività didattica svolta dall'A. negli anni 1920-23 ed ha il modesto scopo di fornire allo studente e al pratico una semplice guida per orizzontarsi nel vasto campo dell'ortopedia.

V.

ACCADEMIE, SOCIETA' MEDICHE, CONGRESSI

Congresso Internazionale di Medicina dello Sport.

(Torino e Roma, 3-9 settembre).

Questo Convegno ha riunito, oltre a parecchi studiosi e rappresentanti di Federazioni sportive di varie Nazioni, una larga schiera di italiani, che hanno portato eccellenti contributi di osservazioni scientifiche e pratiche. Il medico deve vedere di buon occhio la passione odierna dei giovani per lo sport che contribuisce a tenerli lontani dai vizi ed a svilupparne le energie fisiche e morali. Ma, appunto per la sua stessa diffusione, è necessario che lo sport sia sorvegliato perchè se esercitato con esagerazione — e nei giovani è facile oltrepassare i limiti — può portare a danni irreparabili. Lo stesso rendimento dello sportivo, inoltre, può essere di molto migliorato con un'adatta sorveglianza medica. L'Italia è molto bene avviata su questa strada, come dimostra il grande e rapido sviluppo della Federazione Italiana Medici Sportivi, presieduta dal Cassinis, che ha, fra l'altro, organizzato il I Congresso nazionale sulla valutazione fisica dello sportivo e l'attuale ben riuscito internazionale.

L'interesse centrale del Congresso è stato rivolto al tema ufficiale, sulla *scheda biometrica internazionale per studenti universitari*, per cui erano inscritti come relatori i proff. LATARJET (Francia), MALLWITZ (Germania) e P. BENEDETTI e L. CASTALDI (Italia). La presenza, alla cerimonia inaugurale di tutti i Rettori delle Università del Regno ha dimostrato con quanto interesse le nostre Università seguono le tendenze sportive, ottemperando così anche all'ordine del Segretario del Partito di favorire la medicina dello sport nell'insegnamento degli Atenei.

Latarjet ha rilevato l'esistenza di due tendenze, l'una che intende semplificare il numero delle prove, in modo da renderle accessibili a tutti i medici, l'altra secondo cui la scheda dovrebbe essere il più completa possibile, in modo da costituire un vero piano di ricerche. Le tendenze non sono inconciliabili e si potrebbe istituire una scheda internazionale abbastanza completa nei suoi punti essenziali che sono le ricerche di indole antropometrica, fisiologica, biochimica e psicologica.

P. Benedetti riferisce sulla valutazione della costituzione individuale secondo il metodo Viola, che valuta sinteticamente ogni individualità in base alla determinazione quantitativa di un complesso di caratteri anatomici e funzionali. Tale metodo comprende una prima parte fondata sull'anamnesi, la valutazione morfologica esterna ispettiva e l'antropometria esterna; si determinano così il valore somatico, il tipo morfologico e l'entità della deviazione. La misura basale (che rispecchia essenzialmente la vita vegetativa) è costituita dal valore del tronco, a cui si contrappone quello degli arti, che vale come indice della vita di relazione. Aggiungendo altri tre fattori antropometrici, si stabilisce il tipo morfologico-costituzionale.

Numerosi dati vengono poi raccolti per la valutazione delle funzioni organiche e per la crescita dell'organismo.

L. Castaldi, pure osservando che per alcuni sport sono preferibili le stature alte e lo sviluppo degli arti in lunghezza (saltatori, corridori, nuotatori, ciclisti su strada) e per altri invece, degli arti relativamente corti (lottatori, pugilatori, ciclisti su pista) ha rilevato che per trarre un giudizio definitivo di attitudine sportiva non sono sufficienti le misure antropometriche nè tampoco gli « indici », di cui il relatore fa una critica serrata. Cita a tale proposito le vedute di Cassinis (il quale osserva che questi indici sono basati sull'empirismo capriccioso ed hanno quindi scarso valore mentre la scuola costituzionalistica italiana permette di giungere ad un criterio più esatto della robustezza organica e delle capacità psico-fisiche) e di Herlitzka che ha rilevato che tali indici sono errati dal punto di vista aritmetico e dell'influenza delle varie misure sul loro valore.

Per quanto riguarda i tipi morfologici di Sigaud, Kretschmer ed altri, il Relatore osserva che per la maggior parte si tratta di sinonimie e non di tipie diverse da quelle fondamentali del Viola, sicchè il metodo di questo, pure incontrando delle difficoltà e permettendo degli errori, è oggi il più consigliabile.

Nell'ampia discussione seguìta, sono da segnalare le due tendenze, l'una di Herlitzka, che non ritiene consigliabile l'adozione della scheda unica generalizzata, che non può essere stabilita con esattezza e sarebbe troppo semplicista, e l'altra di Cassinis, il quale si preoccupa delle esigenze della pratica ed osserva che un'eccessiva libertà porterebbe alla confusione che in pratica va appunto evitata. Anche Baglioni fa la distinzione fra la ricerca scientifica di vera fisiologia — lunga e difficile — e quella pratica, per la quale si può ammettere l'uso di una scheda internazionale, stabilita secondo criteri fisiologici, biologici, clinici ed anatomici.

Le numerosissime comunicazioni (oltre un centinaio) sono state riunite in gruppi omogenei riguardanti: 1) l'organizzazione della medicina dello sport in varie Nazioni; 2) il valore di taluni esami medici e della sorveglianza medica degli sportivi; 3) morfologia e sport; 4) rene, cuore, sangue, respirazione; 5) alimentazione e metabolismo; 6) fatica, allenamento, efficienza; 7) studi diversi, di traumatologia, ortopedia, fisico-terapia, stomatologia, ecc. Segnaliamo, fra gli altri, gli studi sulla *donna sportiva* (l'esercizio dello sport può essere continuato anche nel periodo mestruale purchè non eccessivo e tenendo conto delle erazioni individuali e della sensibilità al freddo), sull'*abuso del caffè* (di cui gli sportivi ed i lavoratori in genere debbono diffidare, tanto più che — come ha dimostrato Cassinis — esso non migliora il rendimento), sull'*igiene delle piscine*, ecc.

Per ulteriori notizie sul Congresso, si vedano le relazioni di U. Cassinis (*Giornale di Medicina Militare*, ott. 1933) e quella molto ampia di A. Viziano (*Rassegna di medicina applicata al lavoro industriale*, 1933. n. 6), in attesa della pubblicazione degli Atti del Congresso, che speriamo prossima e che ci darà una completa visione dell'attuale medicina sportiva.

fil.

II Congresso Medico-Chirurgico Calabrese.

(Reggio Calabria, 3-5 settembre 1933).

Odierne vedute nella terapia dell'infezione puerperale.

Prof. Ugo Tropea. — Non è invero confortante il dovere constatare che ancora oggi ci si debba occupare della infezione puerperale, ma è certo che questa ha tuttora il pesante privilegio di decimare il maggior numero delle sventurate madri che annualmente lasciano la vita a causa della maternità.

L'O. si intrattiene prima piuttosto diffusamente sulle varie forme cliniche di infezioni puerperali, per le quali adotta la classifica del suo maestro Alfieri, giacchè diverso talora ne è l'agente, come diversa è la terapia ed il prognostico. Entra quindi ad occuparsi dei trattamenti terapeutici per la infezione in parola, passando in rassegna tutti i mezzi sino ad ora proposti ed adottati, medici e chirurgici, accennando in modo speciale alla varia e non poca produzione scientifica italiana. Dopo aver ricordato tra i metodi tuttora in esperimento perchè recenti la vaccinoterapia per la porta di ingresso, la trasfusione sanguigna e la immunotrasfusione, così conclude:

« Se volessi sintetizzare in una frase quanto sin qui ho esposto potrei concludere un po' differentemente ma non certo del tutto diversamente da come si sono espressi i non pochi relatori sulla terapia dell'infezione puerperale, dato che l'importante ed assillante argomento viene ogni tanto segnato all'ordine del giorno. Le idee si sono senza dubbio attraverso i quinquenni chiarite, ed ordinate; il buon senso e la clinica hanno ostracizzato qualche trattamento che poteva anche essere nocivo od almeno del tutto inutile e sull'orizzonte si nota qualche balenìo di luce nuova. A questa noi tendiamo lo sguardo e la mente, felici vieppiù se essa si dovesse proprio partire dal cielo nostro. In oggi però, e particolarmente sino a che l'arma decisiva diretta contro gli agenti incriminati non sarà in mano nostra, dobbiamo ricordarci e ricordare che un grande alleato nella lotta lo abbiamo

ed è la profilassi, mercè la quale si potrebbero vedere notevolissimamente ridotte le infeziosità e le mortalità per le infezioni del puerperio ».

Reclama una più energica applicazione della legge sulla protezione della Maternità e dell'Infanzia in modo speciale per il Mezzogiorno d'Italia ove occorre esplicare una intensa azione di vera « bonifica della razza ».

La tubercolosi laringea ed i suoi rapporti con la tubercolosi polmonare.

Prof. GIUSEPPE SALVADORI. — L'O. esamina, alla luce degli studi più recenti, i vari aspetti delle questioni riguardanti la tbc. della laringe, fermandosi principalmente sul problema patogenetico, sulle forme cliniche e sui criteri terapeutici e fondandosi sul concetto basilare che la forma laringea debba essere studiata e curata seguendo i suoi rapporti con la forma polmonare, di regola ad essa concomitante (la tbc. primaria della laringe è da ritenersi del tutto eccezionale). Porta inoltre il contributo clinico ricavato dallo studio di 148 infermi di tbc. laringea (rilevati da un totale di 814 ammalati di tbc. polmonare), osservati e curati in parte nel Sanatorio Vittorio Emanuele III dell'Opera Nazionale Invalidi di Guerra sull'Aspromonte ed in parte nel Reparto tbc. degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria.

Sulla complessa questione patogenetica l'O. si sofferma ampiamente a discutere la classica teoria di Louis dello sputo bacillifero a confronto con le recenti teorie della via ematica e sopratutto di quella linfatica e pur riconoscendo tuttora la prima come la patogenesi più frequente, rileva la grande importanza attribuita dalle più recenti ricerche alla trasmissione per via linfatica, sia per via diretta dal polmone alla laringe sia per via indiretta attraverso l'espettorato bacillifero ed il tessuto linfoadenoide faringeo (tonsille, ecc.).

I quadri anatomo-patologici delle due localizzazioni nel maggior numero dei casi si corrispondono reciprocamente, poichè al tipo in prevalenza fibroso polmonare si accompagna il tipo infiltrativo-produttivo della laringe, a quello in prevalenza essudativo del polmone quello con tendenza ulcerativa laringeo. In alcuni casi però vi è piena discordanza clinica ed anatomo-patologica tra le due affezioni.

Sulle forme cliniche l'O. richiama in special modo l'attenzione sulla forma catarrale specifica, oggi ammessa dalla maggior parte degli AA., forma piuttosto frequente e dalla quale si ha spesso l'evoluzione in una forma infiltrativa od ulcerativa.

Vengono quindi passati in rassegna tutti i complessi indirizzi terapeutici sia locali che generali ed a tal proposito l'O. insiste sul concetto fondamentale che la cura della lesione laringea debba essere accompagnata da una valida cura della lesione polmonare, per cui è indispensabile una intima e ben intesa collaborazione tra tisiologo e laringologo.

Particolare importanza vien data alla cura sanatoriale ed alla collassoterapia, che rappresentano le basi di una efficace cura laringea. Viene combattuto il vecchio pregiudizio che il clima di alta montagna sia controindicato nella tbc della laringe: esso è controindicato solo nelle forme gravi di questa come del resto anche in quelle gravi del polmone; ma nella maggior parte dei casi anche la laringe si avvantaggia dei migliori risultati, che il suddetto clima dà in favore delle condizioni generali e polmonari.

Argomento infine di speciale interesse è dato dalla profilassi, la quale, con la sistematica visita laringoscopica dei pazienti già riconosciuti affetti da lesioni polmonari, come di quelli sospetti, può porre in evidenza alterazioni iniziali della laringe, suscettibili di efficace trattamento. In alcuni casi poi le cosidette afonie e disfonie premonitorie, controllate laringoscopicamente, costituiscono il vero segnale d'allarme per la depistazione di lesioni polmonari, non ancora clinicamente ben manifeste. Il valido contributo del laringologo alla profilassi antitubercolare attende ancora di essere pienamente e giustamente apprezzato tanto nei sanatori, nei reparti ospedalieri, nei dispensari, quanto da parte dei medici pratici: è necessario perciò riconoscere ad esso il giusto posto che gli spetta nell'organizzazione della lotta antitubercolare.

L'epilessia.

Prof. A. PUCA. — L'O., dopo avere illustrato il contributo apportato al tema all'epilessia da due insigni suoi predecessori, Silvio Tonini e Silvio Venturi, afferma che l'epilessia non è solo l'accesso ma è tutto l'organismo mentale e somatico che partecipa al processo morboso e non ciclicamente, ma con continuità; quindi l'epilessia non è espressa da deviazioni accessionali che si distaccano da una linea coincidente con la norma, ma da gittate profonde, distanziate che si originano da una linea che è già nel campo della patologia al di sotto della zona normale. Accenna ai dati statistici dell'epilessia in Italia e particolarmente nelle provincie di Catanzaro e di Reggio Calabria in rapporto alle condizioni climatiche, ambientali, produzione e consumo vinicolo, diffusione della sifilide, tubercolosi, malaria, ecc.

Conferma che nei paesi con il maggior consumo vinicolo si hanno le più alte percentuali di epilettici nonostante qualche voce discorde in proposito. Insiste sul fattore eredo-luetico; si ferma poi all'epilessia infantile ed assimila a questa molte forme eclampsiche. Discute ancora le più recenti classificazioni dell'epilessia e le riguarda con visione unitaria, segnando i limiti biologici dell'attitudine alla convulsione e gli stimoli che tale tendenza mettono in evidenza.

Illustra le sindromi incomplete delle forme atipiche, rigetta il concetto di una epilessia-nevrosi, di una forma sintomatica, biopatica, mettendo alla base di tutte una costante fondamentale che a volte è latente, a volte esplode per condizioni diverse.

Nella diagnostica accenna alla possibilità di far diagnosi di epilessia in assenza di convulsioni e dopo aver ricordato i lavori dei suoi collaboratori discute alcuni criteri differenziali tra epilessia parziale e generalizzata. Passa infine in rapida rassegna le teorie etiopatogenetiche ed i concetti terapeutici che guidano nella cura dell'epilessia e dello stato epilettico.

Il prof. MARIO MISASI fa una relazione sul *Meningismo.*

Hanno fatto séguito numerose comunicazioni individuali che, per necessità di spazio, vengono omesse; figureranno negli Atti. A.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

I quattro maggiori problemi della ginecologia.

Per Barton Cooke Hirst (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 16 settembre 1933) i quattro problemi più importanti della ginecologia sono il cancro dell'utero, la mortalità materna nel parto, la sterilità e il controllo delle nascite.

Il cancro è in America al secondo posto fra le cause di morte. Una donna ogni otto che raggiungono i 35 anni avrà un cancro e l'80 % dei cancri nelle donne hanno localizzazione uterina. Secondo J. G. Uark la migliore prevenzione del cancro del collo uterino è la riparazione del collo dopo i parti.

Le speranze di una terapia chirurgica efficace sono tutte riposte nella diagnosi precoce: guaribilità dopo 5 anni va dal 50 all'80 % nei casi in cui il tumore è limitato al collo dell'utero, mentre è nulla quando vagina, intestino e vescica sono interessati.

Utilissimi per la diagnosi sono la prova di Schiller e l'uso del colposcopio di Hinselmann.

L'intervento da eseguire è l'isterectomia alla Wertheim, intervento che, nelle mani di Wertheim, raggiunse negli ultimi tempi mortalità del 9 %.

Si usa associare operazione chirurgica e applicazioni di radium. Il radium è stato efficace in casi ritenuti inoperabili.

L'associazione dei raggi X col radium è di efficacia notevolmente maggiore.

Sarebbe bene che si giungesse ad una tecnica terapeutica standardizzata da adottarsi in tutto il mondo.

La mortalità materna nel parto è troppo alta negli Stati Uniti, poichè i piccoli ospedali non sono attrezzati in modo adatto. In modo speciale è necessario sorvegliare il funzionamento delle cliniche private.

Per quanto riguarda *la sterilità*, l'A. ritiene che l'uso di irradiazioni X sull'ipofisi è indispensabile per completare la cura della sterilità involontaria.

Per *la sterilità volontaria*, l'A. ritiene che la limitazione della fecondità preceda una estinzione della civilizzazione o la sottomissione di un popolo ad altri più prolifici. Nel 1931 la media di natalità era negli Stati Uniti 18 ‰, contro 25,1 nel 1915. Nel 1932 a Filadelfia la media cadde a 16 ‰.

La sterilità volontaria e persino la sterilizzazione può essere necessaria in condizioni patologiche, specialmente nel caso di malattie mentali.

Baskin ha consigliato la sterilizzazione temporanea mediante tre iniezioni intramuscolari di 3 cc. di sperma fresco più 1 cc. di exilresorcina, da farsi a distanza di una settimana una dall'altra. Così si ha sterilità della durata di un anno.

Alcuni consigliano di distanziare le gravidanze perchè questo dà maggior salute alla madre e le nascite a lunghi intervalli dànno figli migliori e meglio allevabili e con mortalità infantile ridotta.

Però spesso i dannosi effetti della maternità per la donna sono esagerati, e non è sicuro che i figli nati a notevole distanza siano migliori.

Beniamino Franklin era il quindicesimo figlio!

In Germania compaiono ostacoli che mettono in evidenza i danni che le misure chimiche anticoncezionali recano all'embrione quando la gravidanza non è evitata.

Per gli Stati Uniti la limitazione delle nascite è maggiore nella razza bianca, minore per la nera; e questo rappresenta un pericolo per l'avvenire. R. LUSENA.

Le mestruazioni vicarianti in gravidanza.

K. Kieser (*Clinica Ostetrica*, ott. 1933) riporta il caso di una donna di 24 anni che, in due gravidanze, ebbe fatti emottoici ogni mese, per 1-2 giorni e, nell'ultima, anche abbondante emoftoe. Del tutto negativi gli esami (clinici, radiologici, batteriologici). L'A. conclude pertanto che si trattava di emorragie vicarianti, le quali possono spiegarsi ammettendo che, sotto l'influenza di stimoli complessi, si ha all'inizio dell'ondata ciclica in primo tempo una forte congestione con crescente dilatazione dei vasi capillari, ed in seguito, alterazione delle pareti, infine passaggio del sangue, sia attraverso le pareti vasali lese, sia per rottura dei capillari. Evidentemente, per la genesi di tali emorragie occorrono, oltre a molteplici stimoli ormonali, anche una disposizione organica ed una disposizione costituzionale neurovasale. *fil.*

Dermatosi mestruali.

Le dermatosi mestruali, nel senso di eruzioni cutanee che coincidono sempre con la mestruazione e spariscono poco dopo, possono rivestire diverse forme: semplice congestione del volto, dermografismo premestruale, diverse forme di eritemi (semplice, teleangectasico, papuloso, giratum, multiforme essudativo), l'eczema (in sedi di predilezione, faccia interna delle coscie, orifizio vulvare ed orale), l'erpete labiale, l'herpes zoster, l'orticaria (più frequente nei casi di amenorrea temporanea o definitiva), la dermatite simmetrica dismenorroica, la psoriasi, il pemfigo delle vergini, le pigmentazioni diverse; per quanto riguarda l'eresipela, la si deve oggi considerare una riacutizzazione di vecchie erisipele in donne con marcato linfatismo ipoplasico, con scarse quan-

tità di sangue mestruale, in donne in cui lo streptococco subirebbe una virulentazione durante la congestione cutanea che si ha nei periodi mestruali.

M. Fagioli (*Clinica Ostetrica*, ott. 1933) riferisce un caso di eritema purpureo che si presentava quattro giorni prima della comparsa del sangue mestruale in una donna di 26 anni, con cervicite, metrite, ovaro-salpingite. L'A. osserva che alcune dermatosi mestruali hanno come momento eziologico uno squilibrio del sistema preipofisario, ovarico e neurovegetativo.

Nel caso in questione, con il migliorare delle condizioni locali dell'apparato genitale (mediante applicazioni diatermiche ginecologiche), si vide scomparire la dermatosi. La guarigione di questa si ebbe, in casi di altri autori, dopo aver tolto un pessario male applicato o con lo spegnersi di fatti infiammatori genitali.

fil.

Gli innesti ovarici.

J. Courriades (*Journ. de Médec. de Lyon*, 10 ottobre 1933) discute la questione degli innesti ovarici, domandandosi se essi siano realmente utili e quale uso se ne debba fare e quali risultati se ne possano ragionevolmente attendere.

Egli ricorda che l'esperimento sugli animali ha dimostrato come gli innesti in un primo tempo si nutrano scarsamente e vivano in modo incerto, in un secondo fioriscano rigogliosamente e in un terzo presentino una sclerosi diffusa.

Dopo avere discusso le varie tecniche in uso, il Courriades conclude che l'innesto ovarico ha una funzione certa ma temporanea; che può essere utile per aiutare la donna a « navigare oltre il capo della menopausa » senza troppi disturbi; ma che, in ultima analisi, bisogna intervenire chirurgicamente sugli annessi il meno che si può, e ricorrere — specie nelle donne giovani — alle terapie mediche e ai metodi conservatori. V. SERRA.

L'acido picrico in ginecologia.

M. Fayot (*Gaz. d. hôpitaux*, 18 ottobre 1933) mette in luce i vantaggi che si hanno con l'uso dell'acido picrico in ginecologia, per le sue proprietà antisettiche, analgesiche e cheratoplastiche. Esso è consigliabile in:

1) *Vulviti* (banali e blenorragiche). Passato il periodo acuto, in cui bastano delle lozioni emollienti ed attenuate le reazioni infiammatorie, si faranno delle irrigazioni locali con soluzione a 2/1000 o si applicheranno delle compresse imbevute con soluzione a 8/1000.

2) *Vaginiti*. Passato il periodo acuto, spennellature della vagina con soluzione dal 5 al 10/1000; meglio ancora degli ovuli all'acido picrico.

3) *Metriti* del collo subacute e croniche con ulcerazione della porzione vaginale del collo; l'acido picrico deterge rapidamente le zone ulcerate che passano a cicatrizzazione in poche settimane. Il modo di applicazione più usato è quello di introdurre sul collo dei tamponi con soluzione di acido picrico a 8-10/1000, da ripetersi 2 volte la settimana, lasciando in posto per 24 ore. Molto più comodi sono gli ovuli, da usarsi per 3 settimane, a ragione di 2-3 per settimana.

Nelle forme gonococciche di vaginiti e metriti del collo, si applicano gli ovuli, dopo 10-12 giorni di trattamento al permanganato; in parecchi casi, l'A. ha riscontrata la scomparsa del gonococco dopo 20 giorni.

Assai utile è l'acido picrico anche nella vaginite da Trichomonas. *fil.*

Il trattamento della leucorrea.

W. Hannes (*Fortschritte der Therapie*, 1933, n. 3) ritiene che le lavature vaginali con astringenti siano dannose poichè disturbano il processo di autodepurazione della vagina stessa e sconsiglia vivamente tali lavature nella teletta giornaliera delle donne. Nelle leucoree di modica entità, si faranno delle lavature dei genitali esterni con una soluzione debole di acetato d'alluminio, seguite da applicazioni di polveri fatte con bolus alba ed astringenti. Per la pulizia meccanica della vagina, basterà un'irrigazione settimanale con debole infuso di camomilla. *fil.*

SEMEIOTICA.

Sul valore della intradermoreazione e della eosinofilia sanguigna nella diagnosi della ciste da echinococco e considerazioni intorno ai rapporti tra eosinofilia e parassiti intestinali.

I risultati delle ricerche di Burnet, Caillon e Brun sui vari metodi biologici in uso nella diagnostica dell'echinococcosi hanno rimesso sul tappeto la discussione intorno al valore diagnostico dell'intradermoreazione. È noto che esistono casi indubbi di echinococcosi nei quali l'I. D. R. dà risultato nettamente negativo; in contrapposto a casi di tal genere, G. Antonelli e A. Panagia (*Rif. med.*, n. 26, 1933) hanno potuto dimostrare l'esistenza di una I. D. R. positiva, più o meno spiccata, in soggetti nei quali lo studio clinico e tutti gli accertamenti diagnostici escludevano in modo assoluto la echinococcosi.

Gli AA. hanno usato liquido fresco prelevato da cisti di bovini ed ovini, trattato con acido fenico al 0,5 %, nella quantità di 0,40-0,50 cmc. Hanno fatto la prima lettura dopo un'ora, per escludere le reazioni fugaci, che frequentemente si osservano prima di questo periodo; oltre questa lettura, altre ne hanno fatte dopo 6, 12, 24 ore per seguire l'intensità della reazione a distanza varia di tempo; essi hanno dato importanza in modo speciale alla reazione tardiva.

Su 100 soggetti, sicuramente non portatori di ciste da echinococco, hanno osservato I. D. R. positiva in 24 dopo un'ora, in 24 dopo 6 ore, in 23 dopo 12 ore, in 16 dopo 24 ore.

In soggetti malati di altre affezioni è possibile dunque osservare una I. D. R. positiva, di intensità variabile, ed in percentuale non certo talmente bassa da rientrare nel numero delle eruzioni, che si osservano a carico di qualunque reazione, anche se specifica. Si è pertanto indotti a non ritenere come assolutamente specifica questa reazione, e a considerarla piuttosto come espressione di una stato allergico, che se può essere provocato dall'assorbimento di liquido idatideo, come è stato più volte dimostrato, può anche essere originato da altre cause sensibilizzanti.

In tutti i soggetti trattati con iniezione di liquido cistico, gli AA. hanno ricercato il tasso di eosinofili nel sangue, e ciò con un doppio scopo: vedere cioè se ci fosse qualche rapporto tra I. D. R. positiva e il numero degli eosinofili; ricercare quanto l'eosinofilia possa essere eventualmente in dipendenza di parassitosi intestinale.

Hanno notato eosinofilia al di sopra del 3 % in 28 casi, esaminati prima dell'inoculazione di liquido idatideo. In 9 casi l'aumento degli eosinofili si accompagnava ad una reazione tardiva positiva. Probabilmente una causa comune era capace di produrre nell'organismo modificazioni tali da provocare un aumento degli eosinofili e un aumento della reattività cutanea; non meraviglia quindi il loro accoppiamento; però questa osservazione ha una notevole importanza: essa dimostra che non solo non siamo autorizzati ad affermare la presenza della ciste da echinococco in base ad uno dei due sintomi, ma nemmeno l'osservare l'eosinofilia d'accordo con la reazione tardiva positiva può costituire una ragione sufficiente o sicura per la diagnosi.

Dato poi che alcuni ricercatori hanno dato importanza all'eosinofilia consecutiva alla I. D. R. per avvalorare ancora di più la diagnosi di echinococcosi, gli AA. in 50 dei loro soggetti hanno voluto verificare se l'I. D. R. inducesse delle variazioni della formula leucocitaria, sopratutto per quanto riguarda il numero degli eosinofili. Essi hanno osservato in 19 casi un aumento degli eosinofili nella percentuale di uno o più. Nemmeno il rilievo dell'eosinofilia provocata può dunque soccorrerci nel giudizio di diagnosi di ciste da echinococco, perchè il fenomeno può osservarsi, in grado più o meno evidente, in altre affezioni morbose.

Quanto ai rapporti tra eosinofilia e parassiti intestinali, gli AA., nei loro 100 malati, hanno osservato presenza di parassiti o delle loro uova, in 29 casi; solo 4 di questi 29 casi presentavano nella formula leucocitaria un'eosinofilia superiore al 3 %. Considerando che le cause capaci di produrre eosinofilia nel sangue sono molte e di diversa natura, gli AA. pensano che in questi casi una parte preponderante, se non esclusiva, nella produzione dell'eosinofilia sia da assegnare, più che ai parassiti direttamente, alle lesioni che essi sono capaci di stabilire nell'apparato digerente, lesioni che facilitano l'assorbimento non soltanto di sostanze estranee derivanti dal corpo dei parassiti, presentino o no essi delle alterazioni, ma anche, e sopratutto, di prodotti secondari elaborati nel tubo intestinale.

A. Pozzi.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. A. G., abbonato n. 1402, Matera:

L'allergina di Jousset non è secondo l'A. stesso nè un siero nè un vaccino. È una sostanza estratta dal bacillo tubercolare capace di esaltare lo stato di allergia del soggetto e la si ottiene solubilizzando senza mezzi brutali, ma con speciali accorgimenti di tecnica i corpi bacillari.

Essi vengono in seguito separati dai grassi che secondo l'A. sono inutili e dalla tubercolina che è dannosa.

L'allergina di Jousset sarebbe particolarmente indicata nelle forme ossee e recentemente sembra si siano ottenuti dei successi nelle forme tubercolari delle meningi.

L'iniezione va fatta a distanza variabile da 5 settimane fino a quattro giorni in dosi da 1/10 di cmc. fino ad i 3/4 di cmc.

Nelle forme polmonari l'allergina può dare reazioni violente tanto generali che di focolaio.

Il prodotto può trovarsi a Parigi e se ne può chiedere all'Istituto Pasteur.

G. Mendes.

VARIA

Aracnoidismo: rapporto su una serie di 29 casi di avvelenamento da morso di Latrodectus mactans.

G. Walah e W. G. Morgan (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, settembre 1933) riferiscono su 29 casi di avvelenamento da *Latrodectus*. Di questi 16 erano stati morsi ai genitali mentre erano in una latrina posta all'aperto. La sintomatologia somiglia a quella di una lesione acuta endoaddominale e specialmente alla perforazione di un'ulcera gastrica. A questi sintomi si unisce confusione mentale. La rigidità dei muscoli addominali fa pensare ad un caso di chirurgia d'urgenza, ma c'è anche rigidità dei muscoli delle gambe e del dorso, che deve guidarci per la diagnosi.

R. Lusena.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. Guidone. *Giuseppe Garibaldi e Ferdinando Zannetti.* — Tip. La Floridiana, Napoli, 1933.

M. B. Lewin. *Nose and Throat Infections in General Medicine.* — Baltimore, 1933.

C. Luccioni. *Disgiunzione della sinfisi pubica tardiva ed indiretta dopo parto normale.* — L. Cappelli, Bologna, 1933.

R. De Porenta. *Ventidue anni di studi e di esperienza clinica con gli estratti del lobo posteriore dell'ipofisi in ostetricia ed in ginecologia.* — Tip. Del Bianco, Udine, 1933.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Risposte a quesiti per questioni di massima.

116° *Professor M. P.* (F.). — La condizione giuridica dei sanitari ospedalieri non è regolata dalla legge. La giurisprudenza del Consiglio di Stato ritiene che non si possano senz'altro applicare per analogia le disposizioni concernenti i medici condotti. Sono efficaci le norme dello statuto e del regolamento locale, anche agli effetti della stabilità, del periodo di prova e della valutabilità dell'interinato. Se la stabilità è condizionata al periodo di prova successivo alla nomina definitiva e non è dichiarato, sia pure implicitamente, che è utile il servizio interinale, è da ritenere che il biennio decorra dalla data della nomina definitiva.

117° *Dottor D. M.* (F.). — L'attestazione della morte, senza che il medico abbia visitato il cadavere, e la dichiarazione della visita effettivamente non eseguita, costituiscono reato.

118° *Dottor L. G.* (N.). — Se il regolamento locale non stabilisce condizioni più favorevoli, spetta al medico condotto, nel caso di malattia non dipendente da causa di servizio, un periodo di congedo sino a tre mesi. Se la malattia è contratta in servizio e per causa di esso, il congedo si estenderà sino al termine massimo di un anno (art. 29 del R. D. 19 luglio 1906, n. 446).

Cò non esclude che l'amministrazione, pur non avendone obbligo, possa fare al sanitario un trattamento di tolleranza, consentendo ad un periodo ulteriore di aspettativa, sia pure con riduzione dello stipendio.

119° *Dottor F. S.* (S.). — Per le prestazioni ordinarie a Lei richieste, al fine di combattere la epidemia di febbre tifoidea, ha diritto ad una indennità che sarà stabilita dal Prefetto.

Il certificato del medico provinciale e l'attestazione del Presidente del Comitato provinciale della Croce Rossa potranno esserle utili in futuri concorsi come titolo valutabile dalla Commissione, cioè come indice di capacità desunta dal servizio lodevolmente prestato in circostanze difficili.

120° *Dottor N. A.* (I.). — Se Lei sarà dispensato per soppressione del posto, liquiderà la pensione in rapporto agli anni di servizio ma, specialmente se non avrà un congruo preavviso, avrà diritto anche ad una indennità. Nel caso di scioglimento di un consorzio e di conseguente dispensa del medico condotto stabile, l'art. 30 del R. D. 19 luglio 1906, n. 446, attribuisce una indennità pari ad un anno di stipendio. Questa regola si può applicare per analogia, almeno entro certi limiti.

Nel corso del procedimento amministrativo, regolandosi il trasferimento del servizio dal Comune alla Congregazione, potrebbe essere anche salvaguardata la condizione del medico condotto comunale stabilendo la successione della Congregazione nel rapporto di impiego costituito dal Comune. Può fare istanza in tal senso al Podestà, al Presidente della Congregazione e anche al Prefetto.

121° *Dottor R. V.* (R.). — I limiti di età per coloro che hanno prestato servizio militare in guerra è elevato di cinque anni.

122° *Dottor G. R.* (S.). — Astrattamente non è escluso che sia classificato primo il concorrente che non abbia titoli di una data categoria, se i punti legittimamente assegnati per gli altri titoli conducano a risultato di prevalenza. Bisognerebbe esaminare il verbale per controllare il processo di formazione di questo giudizio. Se però la Commissione non ha attribuito punti per i titoli di terza categoria ai concorrenti che ne erano forniti, il giudizio è imperfetto. Il Podestà, indipendentemente dalla segnalazione al Prefetto, ma per propria autorità, essendo organo amministrativo deliberante, e, quindi, responsabile della nomina, ha il diritto e il dovere di controllare, dal punto di vista della legittimità, le operazioni della Commissione e di rinviare ad essa gli atti se accerti violazione di legge o eccesso di potere. Il concorrente danneggiato potrà ricorrere al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro il risultato della graduatoria e la deliberazione di nomina: il termine è di giorni sessanta dalla notificazione di quest'ultima.

123° *Dottor G. M.* (B.). — La levatrice può prestare assistenza e fare iniezioni ipodermiche, limitatamente alle sue funzioni ostetriche, salvi, s'intende, casi di necessità e di urgenza.

124° *Dottor C. P.* (S.). — Il D. L. 23 ottobre 1927, n. 1966, ha soppresso le indennità di caroviveri per il personale dei gradi dal V al VII dell'ordinamento gerarchico delle amministrazioni dello Stato o con trattamento parificabile. La parificazione è determinata in base all'importo complessivo degli stipendi e supplementi di servizio attivo. L'aumento periodico modifica lo stipendio e, quindi, agli effetti della parificazione, si deve tener conto dello stipendio aumentato e delle indennità di servizio attivo. Quando lei raggiungerà la misura di L. 19.300 avrà una condizione che corrisponde a quella del personale dello Stato compreso nei gradi per i quali la indennità di caroviveri è stata abolita.

N. B. — Ai quesiti degli abbonati si risponde, in ogni caso, direttamente, per lettera. I quesiti devono essere inviati, in busta, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina 14, Roma.

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, s no gratuiti.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'assicurazione obbligatoria contro le malattie professionali.

La legge del 1898, che stabiliva l'indennizzazione degli infortuni sul lavoro, se pure riconosceva un giusto diritto del lavoratore al risarcimento di un danno sofferto in occasione del lavoro, lasciava insoluto un altro problema non meno importante sebbene meno appariscente, quello del risarcimento delle malattie professionali che, al pari dell'infortunio, ledono la salute e la vita del lavoratore stesso.

Le vaste vedute del Regime, sancite con l'attuazione della Carta del Lavoro, hanno portato alla legge sull'Assicurazione contro le malattie professionali (13 maggio 1929, n. 928). Con l'attuazione del Regolamento — di prossima pubblicazione — tale legge entra subito in piena attività, mettendo così l'Italia alla testa delle altre Nazioni nella tutela del lavoro. Di fatto, mentre la Convenzione di Ginevra del 1925 stabiliva soltanto due intossicazioni (mercurio e piombo) ed una malattia (carbonchio), l'Italia vi aggiunge altre 3 intossicazioni (fosforo bianco, solfuro di carbonio e benzolo) ed una malattia (anchilostomiasi) mettendo invece il carbonchio fra gli infortuni del lavoro. Nè è preclusa la via all'inclusione di altre malattie man mano se ne riconosca la necessità.

È da ritenersi che detto Regolamento entri in pieno vigore ai primi del prossimo anno. Riteniamo perciò utile prospettare ai nostri lettori — sulla scorta di una pubblicazione del Prof. A. Ranelletti — le principali direttive che animano questa provvida istituzione.

Estensione dell'assicurazione. — L'assicurazione è obbligatoria per quelle categorie per cui lo è quella sugli infortuni e per le lavorazioni indicate nella tabella annessa al decreto. Essa però può essere estesa anche agli operai che lavorano nella stessa azienda anche se occupati in altre lavorazioni.

Manifestazioni morbose indennizzabili. — Sono indicate nella tabella annessa al Regolamento e sono quelle più comuni e meglio accertabili; si offre così una guida al medico che deve rilevare la malattia e si evitano (almeno nelle buone intenzioni del legislatore) le controversie per pretese d'indennizzo di qualsiasi forma morbosa. La tabella italiana, in confronto di molte delle straniere (alcuni paesi, come l'Inghilterra, non specificano le forme indennizzabili) è più larga e completa e comprende le forme cliniche più frequenti e meglio accettabili. Per esse dovrà sempre essere accertata l'origine professionale.

Indennità. — Per quella temporanea assoluta, si danno a partire dal 10° giorno di inabilità; se questa è permanente, l'attitudine al lavoro deve essere ridotta del 20 % (per gli infortuni industriali del 5 %, per quelli agricoli del 15 %).

Importante è la disposizione che le indennità per l'inabilità permanente assoluta oltre al 50 % vengono pagate non già in capitale (che spesso viene ad essere sciupato in poco tempo) ma in rendita, che costituisce così un beneficio costante per il lavoratore. Altra provvida disposizione è che le indennità sono dovute anche se la malattia o la morte si verificano in un certo tempo (vario per le diverse lavorazioni) dopo che l'operaio ha cessato di prestare la sua opera. Le indennità sono anche dovute in caso di ricaduta entro i 3 anni dalla cessazione del lavoro.

Il concetto di inabilità permanente. — La nuova assicurazione, fondata sulle stesse basi giuridiche che quella per gli infortuni, mantiene la stessa estensione di tale concetto: cioè l'inabilità deve intendersi non già per il lavoro specifico, ma per quello generico, deve quindi portare una reale riduzione della capacità per qualsiasi lavoro in genere. E, qualora tale inabilità possa venire ridotta con l'abbandono della lavorazione speciale, l'operaio è tenuto a lasciare detta lavorazione od altrimenti ad accettare una minore indennità, commisurata al minor grado presumibile di inabilità, quale si avrebbe abbandonando la lavorazione in causa.

Obbligo delle cure. — È questo un importante concetto sancito da questa assicurazione. L'operaio ha l'obbligo di sottostare alle visite di controllo ed alle cure che l'Istituto assicuratore ritenga necessarie; in caso di ingiustificato rifiuto, perde il diritto all'indennità. Questa provvida disposizione viene così a tutelare, nell'interesse individuale, quello della collettività e dello Stato e risponde ad un principio morale, non essendo concepibile che si possano rifiutare senza giustificato motivo le cure dirette alla riparazione di un morbo ed alla conservazione della propria salute, nè si può permettere che con detto rifiuto si venga ad esercitare una illecita speculazione a danno della collettività. L'assicurazione, di fatto deve indennizzare non già la malattia in sè, ma le sue conseguenze, cioè la minore capacità lavorativa, dopo esperite le cure che la scienza medica può indicare. D'altra parte, l'operaio è ampiamente tutelato dalla disposizione che, in caso di disaccordo, la decisione viene affidata ad un terzo medico di speciale competenza e scelto di comune accordo fra i due medici di fiducia (dell'operaio e dell'Istituto).

Revisione. — Può esser richiesta entro 3 anni dalla manifestazione della malattia, nel solo caso di sopravvenute modificazioni nelle condizioni fisiche dell'operaio, derivanti dalla malattia.

Contenzioso. — Come per gli infortuni, le controversie sono risolte dalla Magistratura ordinaria. La scelta dei periti va fatta fra i medici particolarmente competenti in medicina del lavoro.

Premio d'assicurazione. — Va a carico dei datori di lavoro i quali verranno così spronati a risanare la loro industria, il che torna a vantaggio della salute dei lavoratori come della produzione ed è quindi un altro beneficio, indiretto, dell'assicurazione sulle malattie professionali.

Il Regolamento entrerà in vigore un mese dopo la pubblicazione; le indennità, però, si daranno soltanto per le malattie che si manifesteranno sei mesi dopo la pubblicazione.

Con l'entrata in vigore di queste disposizioni, *nuovi compiti sociali vengono affidati ai medici.* Il medico curante dell'operaio ed incaricato dal datore di lavoro deve accertare la malattia professionale e rilasciare il relativo certificato, in cui deve rilevare in modo particolareggiato i sintomi subbiettivi ed obbiettivi, fornendo tutte le notizie che ritiene necessarie. Dal canto suo, il medico dell'Istituto assicuratore deve controllare le malattie professionali, valutarne il danno ed accogliere o respingere la domanda d'indennizzo. Negli ambulatori o negli Istituti a ciò destinati deve inoltre eseguire tutte le cure per vedere di diminuire od annullare l'invalidità consecutiva e giudicare se il grado di inabilità permanente possa essere ridotto con l'abbandono della speciale lavorazione. Per ogni medico, è poi obbligatoria la denuncia delle malattie professionali, pena una multa che, per il medico di fabbrica, può arrivare alle L. 1000.

Sono quindi molteplici i compiti e gli obblighi che la nuova assicurazione assegna ai medici ai quali si richiede quindi la conoscenza speciale delle malattie professionali. E ciò nel loro stesso interesse, poichè le denuncie, i certificati, ecc. vengono compensati. Ma è anche interesse delle assicurazioni che i medici abbiano tale speciale competenza, poichè da questa dipende se la nuova legge potrà dare alle classi lavoratrici ed al paese tutti quei frutti che da essa devono derivare.

È pertanto da auspicarsi che venga corrisposto all'appello rivolto fin dal 1929 dai due Ministeri dell'Educazione Nazionale e delle Corporazioni, per l'istituzione dell'insegnamento universitario delle malattie del lavoro. L'entrata in vigore della nuova legge dovrebbe trovare i medici opportunamente preparati per assolvere i nuovi compiti che sono loro imposti nell'interesse del singolo e dello Stato.

fil.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ASSO (*Como*). — Scad. 30 dic.; con Lasnigo; L. 9000 e 4 quinquenni dec.; addizion. L. 4 oltre i 500 pov.; L. 900 se uff. san., L. 700 ambulat., L. 1200 trasp.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

BARBONA (*Padova*). — Scad. 31 genn.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec. oltre L. 500 uff. san.; L. 800 bicicletta; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50,10.

BORMIDA (*Savona*). — Scad. 15 gen.; L. 8400 oltre L. 599 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CARAFFA (*Catanzaro*). — Scad. 10 gen. 1934; lire 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 cavalc.; riduz. 12 %.

CASALMORO (*Mantova*). — Scad. 31 dic.; L. 10.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 800 trasp., L. 600 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

CITTÀ S. ANGELO (*Pescara*). — Scad. 31 gen.; 1ª cond.; L. 7500 oltre L. 1200 cavalc.; riduz. 12 %; età lim. 40 a. al 1° nov.; tassa L. 50.

CUNEO. *R. Prefettura.* — Scad. 15 gen., ore 18; ufficiali sanitari di 4 consorzi; stipendio L. 10.000 ciascuno, oltre L. 3000 automob.; 4 quinquenni dec.; indennità dai privati; divieto libera professione; età lim. 45 a. al 25 nov.; tassa L. 50 al Tesoriere dei Comuni capo-Consorzi (Barge, Boves, Busca, Caraglio). Chied. annunzio.

FOGGIA. *Amministrazione Provinciale di Capitanata.* — Per titoli ed esami, pei seguenti posti vacanti presso la Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi: *a*) un posto di coadiutore: stipendio annuo L. 14.000, oltre la indennità di servizio attivo in L. 1400; *b*) un posto di assistente: stipendio annuo lire 12.000, oltre la indennità di servizio attivo in L. 1200. Il tutto a lordo della riduzione del 12 % di cui al R. D. 20 novembre 1930, N. 1491, e con diritto a quattro aumenti quadriennali del decimo, alla indennità caro-viveri (aggiunta di famiglia) come per gli impiegati dello Stato ed eventualmente con la compartecipazione agli utili del Laboratorio. Scadenza ore dodici del 5 marzo 1934 - XII. Richiedere il bando di concorso alla Segreteria della Amministrazione Provinciale di Foggia.

FRONTONE-SERRA (*Pesaro*). — Scad. 31 gen.; 2ª cond.; L. 8000; addizionali L. 2 oltre 500 poveri e L. 3 oltre 1000; cavalc. L. 3000; riduz. 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50,10.

LAVAGNO (*Verona*). — Per titoli. Posto di Medico Chirurgo condotto, al quale sono fissati i seguenti assegni: Stipendio L. 8000, suscettibile di 4 aumenti quinquennali di 1/10. Caro viveri L. 1200 e aumento percentuale del 20 % sullo stipendio base ad integrazione dell'indennità stessa. Assegno lire 600 quale Ufficiale Sanitario e L. 300 indennità di ambulatorio. Indennità per mezzo di trasporto: L. 1000 se per la bicicletta, L. 2500 se per motociclo e L. 3000 se per automobile. Gli assegni e le indennità sono soggetti a trattenute di legge ed alla riduzione del 12 %. Documenti di rito. Tassa concorso L. 50 da versarsi a mezzo vaglia postale. Assunzione servizio entro giorni 15 dalla partecipazione di nomina. L'indennità caro viveri si intende corrisposta finchè analoga indennità verrà

corrisposta agli impiegati dello Stato. Scadenza 31 dicembre 1933. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria Comunale.

LECCO (*Como*). — Scad. 17 gen., ore 18; medico comunale aggiunto; titoli ed esami; L. 9000 oltre L. 3000 trasp., c.-v.; riduzioni di legge; età lim. 35 a.; doc. a 3 mesi dal 30 nov. Chied. annunzio.

MONTENERODOMO (*Chieti*). — Per titoli. Posto di medico condotto con residenza in Montenerodomo. Stipendio annuo L. 9000, aumentabile di 1/10 ogni quadriennio e per cinque quadrienni, oltre un supplemento di L. 5 per ogni inscritto nell'elenco dei poveri in eccedenza del numero di 500. Il nominato medico condotto, se incaricato delle funzioni di Ufficiale Sanitario, percepirà l'annua retribuzione di L. 500. Detti assegni sono soggetti alla riduzione del 12 % come da Decreto 20-11-1930, n. 1491, nonchè alle varie trattenute come di legge. La domanda, in carta legale, insieme ai prescritti documenti, l'elenco dei quali con tutte le rispettive modalità possono desumersi dal Bando di Concorso da richiedersi alla Segreteria Comunale di Montenerodomo, debbono pervenire alla Segreteria predetta non più tardi delle ore diciotto del 15 gennaio 1934 - XII.

OSTRA-VETERE (*Ancona*). — Scad. 20 dic.; 2ª cond.; L. 9000 e 5 quadrienni dec., c.-v., L. 2000-3000 trasp.; riduz. 12 %; tassa L. 50.

PADOVA. *Amministrazione Provinciale*. — A tutto il 10 febbraio 1934 è aperto il concorso, secondo le norme del R. D. 16 gennaio 1927, n. 155, ai posti di Coadiutore e di Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi. Stipendi iniziali annui rispettivamente: L. 12.000 per il Coadiutore e L. 10.000 per l'Assistente, suscettibili di sei aumenti periodici di un decimo, ed eventualmente di un sesto aumento pure del decimo per meriti speciali. Servizio attivo annuo rispettivamente: L. 1800 per il Coadiutore e L. 1500 per l'Assistente. Compartecipazione del 10 % sui proventi di Laboratorio per entrambi i posti. Indennità caro-viveri come agli altri impiegati provinciali. Il tutto ridotto delle trattenute di legge compresa quella del 12 per cento di cui al R. D. 20 novembre 1930, n. 1491. Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale.

PERGINE (*Trento*). — Scad. 23 dic.; rivolgersi Segreteria.

PISTOIA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore, Sezione Medico micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e Profilassi di Pistoia. Stipendio L. 12.590, servizio attivo L. 3000, indennità caroviveri, 6 aumenti triennali del decimo nonchè 25 % dei proventi per analisi private. Scadenza ore dodici del 31 gennaio 1934-XII. Richiedere bando Concorso e chiarimenti alla Segreteria Amministrativa Provinciale, Palazzo del Governo, Pistoia.

PRESEGLIE (*Brescia*). — Fino alle ore diciotto del giorno 22 gennaio 1934 - XII è aperto il pubblico concorso per titoli al posto di medico condotto comunale di Preseglie. Per ricevere il bando di concorso e schiarimenti rivolgersi alla segreteria di Preseglie.

QUINZANO D'OGLIO (*Brescia*). — Condotta residenziale. Per titoli. Scadenza ore sedici del 28 febbraio 1934. (Per maggiori notizie, vedere al preced. n. 50).

RAVENNA. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 31 dic., ore 12; aiuto medico e assist. chirurgo nell'Ospedale Civile S. Maria delle Croci; età lim. 30 a.; doc. a 3 mesi dal 25 nov.; stipendi L. 4000 e L. 3000 annue, indenn. vitto L. 1500, c.-v.; riduz. 12 %; partecipaz.; tassa L. 50,10 alla Tesoreria.

RECOARO (*Vicenza*). — Scad. 31 dic.; 1° reparto; L. 8000 e 6 quadrienni dec., oltre c.-v. L. 720, trasp. L. 2000-2500; riduz. 12 %; età lim. 45 a.; tassa L. 50.

ROIATE (*Roma*). — Scad. 30 dic.; L. 10.500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 517,50 c.-v., L. 352 uff. san.; riduz. 12 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

SORIANO CALABRO (*Catanzaro*). — Scad. 30 dic.; 2ª cond.; L. 7000 e 5 quadrienni dec.; riduz. 12 %; età lim 45 a.; tassa L. 50.

TERNI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Per titoli ed esami. Posto di Aiuto medico del Dispensario Provinciale. Stipendio L. 10.000; servizio attivo L. 2000 al netto. Durata nomina anni cinque tacitamente rinnovabili. Età massima anni 45 salvo eccezioni di legge. Documenti di rito e diploma di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo conseguito non oltre il 30 novembre 1931. Tassa concorso L. 50,10. Scadenza ore diciotto del dieci febbraio 1934-XII. Per chiarimenti e per ottenere il bando integrale rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Terni.

UDINE. *Amministrazione Provinciale*. — Posto di Assistente della Sezione Medico-Micrografica del Laboratorio Provinciale di Igiene e di Profilassi. La scadenza del concorso al posto predetto, il cui bando venne, in riassunto, pubblicato a pagina 1750 del N. 44 di questa Sezione Pratica, è stata prorogata alle ore diciotto del giorno sei gennaio 1934 - XII.

VILLA MINOZZO (*Reggio Em.*). — Scad. 31 gen.; 2ª cond.; L. 7040, 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 2640 indenn. categoria e L. 2640 cavalc.; il tutto già ridotto del 12 %; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ZARA. *Amministrazione Provinciale*. — Per titoli ed esami. Posto di Direttore della Sezione Medico-micrografica del Laboratorio provinciale di igiene e profilassi. Stipendio annuo lordo L. 12.500. Aumenti quadriennali del decimo. Riduzione 12 % a sensi dell'art. 3 del R. D. 20 novembre 1930, n. 1491. Età massima 45 anni, salvo eccezioni previste vigenti disposizioni. Documenti di rito e titoli scientifici e di carriera che i concorrenti crederanno utili. Scadenza ore dodici del giorno 25 gennaio 1934-XII. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione provinciale di Zara.

AVVERTENZA. — Quando non è altrimenti indicato i concorsi si riferiscono a condotte medico-chirurgiche, i compensi allo stipendio base.

BORSE DI STUDIO.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Ragusa ha istituito tre borse di studio da L. 2500 ciascuna, per medici della provincia che intendano frequentare i corsi di perfezionamento e specializzazione in tisiologia durante l'anno accademica 1933-34 presso la R. Università di Roma. Scad. 31 dic.

CONCORSI A PREMI.

Il concorso a premi bandito dalla Reale Società Italiana d'Igiene sui temi: « L'educazione fisica giovanile nei rapporti con l'igiene » e « Criteri e limiti da adottarsi per l'educazione fisica della donna », che doveva chiudersi il 31 ottobre 1933, è stato prorogato, per deliberazione del Consiglio Direttivo della R. Società suddetta, al 31 dicembre 1933 - XII.

Rivolgersi alla Segreteria della Società, via Ospedale 3, Milano.

* * *

Anche il concorso bandito sotto gli auspicî dell'Ufficio Stampa Medica Italiana e della Rivista « Nicia » per lavori sul tema: « Medici poeti e letterati in Italia », che doveva chiudersi il 30 novembre, è stato prorogato al 31 dicembre del corrente anno.

Rivolgersi all'Ufficio predetto, via Vallazze 39, Milano.

NOMINE, PREMIAZIONI ED ONORIFICENZE.

NUOVI SENATORI.

La famiglia medica italiana ha appreso col più vivo compiacimento che alla dignità del laticlavio sono stati elevati due dei suoi più illustri rappresentanti: i proff. Ferdinando Micheli e Nicola Pende, clinici medici di Torino e di Genova.

Ai due Maestri, che tanto contributo hanno portato alla scienza medica italiana, esprimiamo il nostro compiacimento vivissimo.

Il prof. Domenico Taddei è stato chiamato con voto unanime dalla Facoltà medica di Firenze a succedere al suo compianto Maestro Enrico Burci nell'insegnamento della Clinica chirurgica.

I nostri sentiti rallegramenti all'insigne clinico e studioso.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grand'ufficiale: dott. Ferdinand Sauerbruch, professore di chirurgia (clinica chirurgica) all'Università di Berlino.

Commendatori: dott. Beniamino De Vecchis, libero docente, aiuto nella R. Clinica odontologica di Roma; dott. Giuseppe Cusumano, direttore dell'Istituto chirurgico ortopedico di Formia; dott. Giuseppe Sirignano, medico consorziale di Ospedaletto d'Alpinolo (Avellino).

Cavaliere: dott. Leopoldo Trafficante, medico condotto a Casole d'Elsa.

Il prof. comm. Vincenzo Aloi, direttore dell'Ospedale Civile di Catanzaro, ha ricevuto dalla Croce Rossa Italiana la medaglia d'oro di propaganda e il diploma di benemerenza.

In esito a concorso il prof. Alessandro Ferrari, della R. Clinica dermosifilopatica di Torino, risultato primo, è nominato primario della Sezione dermosifilopatica dell'Ospedale Maggiore di Vercelli.

È stato conferito lo scudo nobiliare (Adlerschild) della Federazione germanica (Reich) ai proff.: Friedrich von Müller, di medicina interna a Monaco, e Werner Körte, di chirurgia (clinica chirurgica) a Berlino.

Il prof. Eduard Keeser, di farmacologia a Rostock, è nominato ad Amburgo.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Genova.

Nella R. Accademia Medica.

Il nuovo anno accademico è stato questa volta inaugurato con particolare solennità nell'aula magna dell'Università e con l'intervento delle principali autorità cittadine. La cerimonia ebbe luogo il 4 dicembre. Il presidente prof. V. Viale ha dichiarato nel suo discorso che fra le altre nuove iniziative cui intende informare il proprio programma vi è quella di riunire in un sol fascio le attività delle molteplici istituzioni culturali scientifiche e pratiche della regione ligure raccogliendone, possibilmente in un unico periodico, la non trascurabile produzione.

L'inaugurazione ebbe infatti luogo con l'adesione e l'intervento della Sezione ligure della Federazione antitubercolare, personalmente rappresentata dal prof. Maragliano che, nel suo discorso, ha dimostrato la necessità della espansione pratica della cultura nel campo della lotta ormai proficuamente ingaggiata contro la tubercolosi.

Il prof. Cerletti, oratore ufficiale, ha pronunziata poi una interessante relazione sui suoi nuovi studii sul gozzismo. Il suo discorso è stato illustrato con numerose proiezioni. Il Cerletti sta infatti compiendo, da ben tre anni, minuziose indagini sul gozzismo in una speciale regione dell'alto Bisagno. I suoi esperimenti sui ratti hanno frattanto dimostrato potersi escludere l'influsso etiogenico a riguardo della natura delle acque, del terreno, delle condizioni economiche, del sudiciume delle case, ecc. Si prospetta invece la delucidazione del perchè i ratti, mantenuti entro speciali bidoni, non prendevano il gozzo. L'oratore, che ha vagliato varie ipotesi, si propone di continuare i suoi esperimenti per giungere possibilmente ad una precisazione scientifica.

G. G. P.

NOTIZIE DIVERSE.

Ufficio internazionale d'igiene pubblica.

Il Comitato permanente dell'Ufficio ha tenuto una sessione ordinaria dal 16 al 25 ottobre, in Parigi; l'Italia vi era rappresentata da S. E. il dott. A. Lutrario.

Vennero discussi varî argomenti importanti; ci riserviamo di darne ulteriori notizie in un prossimo numero.

4° Congresso internazionale di radiologia medica.

È convocato a Zurigo, sotto l'alto patronato del presidente della Confederazione elvetica. L'inaugurazione avrà luogo il 24 luglio; i lavori si protrarranno fino al 31 luglio; gli ultimi giorni verranno trascorsi a Saint-Moritz (Eugadina), ove avrà luogo la seduta di chiusura. Sono ammessi come titolari gl'inscritti a società nazionali di radiologia e le persone presentate da una di queste società. I lavori saranno ripartiti in 6 Sezioni: radiodiagnosi, radioterapia, radiobiologia, radiofisica e tecnica, elettrologia, elioterapia. In sedute plenarie verranno discussi 11 temi. Le comunicazioni vanno annunziate alla segreteria *non oltre il 1° gennaio 1934;* un riassunto dovrà pervenire alla segreteria stessa non oltre il 1° aprile 1934. Durante il congresso si terrà un'esposizione di apparecchi, articoli fotografici, prodotti chimici e

libri. Segretario generale del congresso è il Dr. Hans E. Walther, Gloriastrasse 14, Zürich; segretario della mostra l'ing. Strelin, Rämistrasse 7, Zürich. (Notiamo che la lingua italiana non figura tra quelle ufficiali; sarebbe opportuno che si provvedesse).

Congresso medico di Tunisi.

Sotto la presidenza del prof. Nicolle, direttore dell'Istituto Pasteur, nella prossima Pasqua (21-23 marzo 1934) si terrà a Tunisi il Congresso della Federazione delle Società Mediche d'Algeria e di Tunisia. A questo Congresso però possono prendere parte medici di altre regioni e nazionalità. Il programma prevede rapporti, comunicazioni e conferenze. I rapporti e le comunicazioni riguardano specialmente « la sifilide nell'Africa del Nord ». Comunicazioni sull'argomento del Congresso potranno essere fatte da qualunque membro aderente. Conferenze su soggetti di attualità saranno tenute da spiccate personalità mediche, sia francesi sia straniere.

Il Comitato prepara un programma turistico che permetterà, con spesa relativamente modesta, di visitare le città e regioni più pittoresche della Tunisia. Ed ha iniziato per i congressisti italiani delle pratiche presso la C.ia di Navigazione Aerea la S.A.M. e presso la Società Marittima La Tirrena, per ottenere nei percorsi Roma-Napoli-Palermo-Tunisi le maggiori riduzioni.

Il Congresso è aperto a medici, farmacisti, veterinari e dentisti, francesi e stranieri.

Per qualunque informazione dirigere la corrispondenza al dott. Plinio Soria, « Maison de Médecine », Av. de Paris 25, Tunisi.

Discorsi inaugurali.

Tra i discorsi inaugurali dell'anno accademico 1933-34 nelle Università italiane sono stati i seguenti, tenuti da professori delle Facoltà mediche: Bari: Sangiorgi prof. Giuseppe, « Malattie sociali e difesa della razza »; Messina: D'Agata prof. Giuseppe, « Dal Taigeto ad oggi. (Concezioni moderne di assistenza sanitaria e biologica-sociale ai bambini minorati) »; Milano: Valenti prof. Adriano, « L'armonia nelle leggi naturali »; Roma: Baglioni prof. Silvestro, « Umanesimo e medicina »; Sassari: Bacialli prof. Luigi, « Il dono del sangue alla madre ed al bambino ».

All'Istituto di studi scientifico-pratici sulla tubercolosi.

Sono disponibili sei posti di praticante in detto Istituto, il quale ha sede in Genova, via Balilla 1.

Tutti i laureati in medicina vi possono aspirare e gli aspiranti devono inviare domanda, in carta semplice, con annesse notizie:

a) data di laurea con indicazione dell'Università in cui fu conseguita;

b) degli Istituti da essi eventualmente frequentati;

c) delle ricerche da essi eventualmente compiute.

Le domande devono essere inviare alla direzione dell'Istituto entro il 30 dicembre 1933-XII.

I nominati entreranno in servizio il 10 gennaio 1934-XII.

I nominati saranno addetti ai seguenti servizi:

a) Accertamento delle malattie tubercolari;

b) Dispensario Antitubercolare;

c) Scuola di Perfezionamento nella Tubercolosi, Clinica Medica Pende ed Ospedale S. Martino;

d) Esercizi di Laboratorio necessari allo studio ed alla diagnosi delle malattie tubercolari.

Per tal modo essi potranno addestrarsi nella dottrina e nella pratica delle malattie tubercolari.

Alla fine dell'anno scolastico i nominati avranno diritto ad un attestato dei servizi prestati.

La direzione dei Servizi sanitari è tenuta dai proff. sen. E. Maragliano e N. Pende; la presidenza dell'Istituto dal prof. G. Viola.

Per gli orfani di guerra dei medici.

Il Comitato di assistenza degli orfani dei medici morti in guerra, per poter continuare l'opera benefica iniziata nel 1925 e che avrà termine soltanto nel 1942, nell'epoca cioè in cui i 45 orfani rimasti da assistere potranno da soli affrontare la lotta per la vita, offrirà nel prossimo Natale, a tutta la classe medica, una superba serie di 12 cartoline a colori, formato internazionale, che illustrano l'apostolato del medico in pace e in guerra. Alla serie di cartoline è unita un'artistica targa di benemerenza in metallo.

La classe medica anche questa volta darà spontaneamente la propria offerta di L. 10 che andrà ad integrare le quote che versano gli ordini dei medici, per potere far fronte alle crescenti necessità degli Orfani, oramai iscritti nelle RR. Università, nelle Scuole Militari, negli Istituti Superiori del Regno.

Le 12 illustrazioni a tempera, ispirate al grande discorso del Duce pronunziato in Campidoglio, sono dei pittori Frattani e Guzzi e, curate nell'edizione dalla Casa d'Arte « Fauno », si differenziano notevolmente dalle altre due serie diffuse due anni or sono.

Per acquisti rivolgersi alla sede del Comitato Orfani Medici morti in Guerra, via Nazionale 172, Roma.

Programma dell'Opera Maternità e Infanzia.

Si è riunito, sotto la presidenza del gr. uff. avv. Sileno Fabbri, il Consiglio centrale dell'Opera nazionale maternità e infanzia, che ha approvato il bilancio di previsione per il 1934.

Nelle entrate sono previsti: il contributo dello Stato, nella cifra di 100 milioni, ed i proventi vari stabiliti dalla legge in lire 12.430.000. Il 56 per cento di queste entrate sarà speso per l'assistenza della maternità e dell'infanzia legittima; il 35 per cento per l'assistenza della maternità e dell'infanzia illegittima ad integrazione delle spese che competono a tale riguardo alle provincie ed ai comuni; il 9 per cento per altre forme di attività nel campo della politica demografica e per spese generali.

Inoltre l'Opera conta sulla tradizionale filantropia delle classi abbienti italiane e non vi conta invano, quando si pensi che durante il 1933 essa ha ricevuto donazioni — parte in immobili e parte in denaro — per l'importo di circa 1 milione e mezzo di lire.

Nella stessa riunione il Consiglio Centrale ha approvato alla unanimità il bilancio di previsione del 1934.

Il Consiglio ha poi deliberato di assegnare varie medaglie d'oro e ha approvato gli accordi presi col Ministero della Giustizia per adibire il fabbricato di proprietà dell'Opera in Roma, via dei Sabelli, per il funzionamento di un « Centro di rieducazione dei minorenni ». L'Opera nello stesso stabile farà funzionare il proprio « Centro di osservazione dei minorenni abbandonati o fermati per misure di P. S. ».

La Giornata della Madre e del Fanciullo.

Com'è noto, il 24 dicembre sarà consacrato alla maternità e all'infanzia secondo le parole ammonitrici del Duce: « Bisogna onorare la madre ed il bambino perchè ciò significa onorare i valori supremi della stirpe ».

Stimiamo superfluo d'illustrare l'alto significato e il valore spirituale della celebrazione.

L'Ospedale Civile di Ancona.

L'Ospedale Civile « Umberto I » di Ancona è stato oggetto di rinnovamenti, ampliamenti e sistemazioni. Un nuovo reparto di chirurgia avrà la capacità di 50 letti; sono state costruite due nuove camere operatorie e un reparto per le specialità: otorinolaringoiatria, oftalmia, odontoiatria, radiumterapia. Contemporaneamente alla edificazione della nuova centrale termica e della lavanderia, sono stati rinnovati gli impianti di riscaldamento e di distribuzione di vapore e acqua calda ai reparti e ai servizi, dell'impianto frigorifero e della fabbrica di ghiaccio. È stato infine costruito un serbatoio per mc. 100 di acqua potabile. Questi complessi lavori hanno importato una spesa di 1.150.000 lire. Di prossima attuazione sono i lavori per la trasformazione dell'edificio della ex-lavanderia da destinare ad altro uso, per la migliore sistemazione dei reparti di medicina, di quello pel ricovero dei tubercolotici, per un nuovo reparto di isolamento e per il rinnovamento degli impianti igienici in tutti i reparti.

L'Ospedale Civile di Teramo.

Il rapido sviluppo dell'Ospedale Civile di Teramo ha indotto la Congregazione di Carità a costruire un nuovo Ospedale, in una zona tra le più salubri della città. Rapidamente pertanto si redigeva il relativo progetto e si ultimava il primo padiglione, quello di chirurgia.

Inaugurato l'anno scorso il Padiglione chirurgico, che è costato oltre un milione e mezzo con i relativi impianti, la Congrega poneva mano alla costruzione del secondo Padiglione, quello medico (provvisoriamente anche ostetrico) con la spesa di L. 800 mila, ora completato.

Al primo piano rialzato sarà allogato il reparto maternità annesso a quello chirurgico, al secondo sarà posto il reparto medico capace di 60 letti e che contiene ampie corsie, oltre varie camere per dozzinanti e tutti gli ambienti necessari all'impianto di gabinetti.

È di prossima costruzione il padiglione di isolamento, in cui, oltre i servizi generali ospitalieri, saranno allogati i servizi igienici del comune e della Provincia. Sarà pure tra non molto costruito il padiglione celtico ed ostetrico. Così l'organizzazione ospitaliera sarà completa.

L'Ospedale sanatoriale di Teramo.

La Congregazione di Carità di Teramo, la più fiorente delle istituzioni cittadine, per attuare le direttive del Duce nella lotta contro la tubercolosi, ha costruito un grande padiglione sanatoriale di 200 letti. La costruzione del detto sanatorio, che è il primo in Abruzzo, è dovuta esclusivamente alla beneficenza dei signori teramani. Infatti con testamento olografo del 28 febbraio 1912 del defunto comm. Filippo Alessandrini e per effetto di altro testamento della signora Giuditta Romualdi, pervenne alla Congrega di Carità una eredità assommante col cumulo degli interessi ad un milione circa. Con altro atto di donazione del comm. Pasquale Ventilij la Congrega ebbe un'altra cospicua offerta per la costruzione del tubercolosario, di un milione di titoli dello Stato. Con R. D. 10 gennaio, promossa dalla stessa Congrega, si creava l'Opera Pia « Alessandrini-Romualdi » ed i proventi venivano destinati alla gestione del Sanatorio. Allora la Congrega di Carità, per attuare il programma statutario dell'Opera Pia, faceva redigere un progetto dall'ing. Gatti di Roma, progetto che prevedeva la costruzione del Sanatorio in località Collesansonesco di Torricella per una spesa complessiva di circa 3 milioni di lire. Iniziati i lavori nella primavera del '28 sorsero in seguito tali e tante difficoltà, tecniche e finanziarie, che si dovette abbandonare l'area prescelta e sceglierne un'altra presso Teramo, in contrada detta Fonte della Regina.

Il relativo nuovo progetto, per incarico del comm. Serafino Mancini, che intanto era subentrato come presidente del Sodalizio, veniva redatto dall'ing. De Albentiis. L'edificio principale consta di tre piani; ha una fronte lunga m. 148. Unito ad esso è un padiglione secondario a quattro piani per i servizi generali, oltre un villino per l'abitazione del direttore.

Oltre alla spesa di costruzione in lire 2.761.000 la Congrega, con le sole sue forze, ha affrontato la spesa degli impianti, che sono ormai completi: termosifone, distribuzione di acqua calda e fredda, produzione e distribuzione di vapore, ascensori, apparecchi igienici, impianti di lavanderia, elettrici e telefonici interni. La fornitura dell'acqua, che tra qualche anno sarà fatta dal grande acquedotto del Ruzzo, è ora effettuata con sopraelevazione della sorgente Fonte della Regina.

L'Ospedale psichiatrico provinciale di Piacenza.

L'Amministrazione provinciale di Piacenza ha potuto, con prelievi sui fondi straordinari messi a disposizione da S. E. il Capo del Governo, iniziare il riordinamento dell'Ospedale psichiatrico provinciale costruendo il padiglione di osservazione per le donne e una nuova lavanderia dotata dei più moderni macchinari e istituendo una colonia agricola per i ricoverati. Sono state spese complessivamente in tali lavori L. 1.300.000.

La costruzione del padiglione d'osservazione, prescritto dalla legge sui manicomi, era resa necessaria anche dall'aumentato numero dei ricoverati da 250 a 500 e dal fatto che i semplici sospetti dovevano forzatamente vivere in deplorevole comunione con gli ammalati cronici e acuti.

Il vasto edificio, costruito e arredato secondo i migliori dettami della tecnica edilizia sanitaria, è a due piani, con sale luminose, in posizione arieggiata e confortevole.

Così dicasi della nuova lavanderia manicomiale.

È noto come dall'applicazione del lavoro ai ricoverati derivino notevolissimi benefici, agli infermi stessi, anche ai fini curativi. La colonia agricola creata nelle immediate adiacente del Manicomio provinciale è della estensione di metri quadrati 114.290, tale cioè da assolvere completamente alle necessità dell'Ospedale e al numero dei ricoverati.

Preventorio antitubercolare di Ancona.

Il Comitato provinciale di Ancona della Croce Rossa Italiana ha realizzato un Preventorio antitubercolare, sorto nel vecchio e abbandonato lo-

cale di isolamento sulla collina falconarese, convenientemente restaurato, adattato e arredato, sostenendo la spesa di L. 170.000. Dal mese di agosto l'istituzione funziona ospitando, temporaneamente, venti bimbi; essa comprende due spaziosissimi dormitori, una sala di medicazione, la chiesa, il refettorio, una sala di ricreazione oltre ai locali igienici, all'appartamento del personale ed ai locali per i servizi generali. Annesso all'edificio è stato sistemato un magnifico giardino con un vasto prato per i giuochi all'aperto; un ettaro di terreno coltivato ad ortaggi fornisce continuamente prodotti freschi per i ricoverati; un frutteto con circa 1500 piante, ampi viali di pini, oltre al maestoso viale d'ingresso con platani e oleandri, completano la zona riservata all'istituzione benefica, alla vita della quale provvede, con i mezzi tratti dalla pubblica beneficenza, il Comitato provinciale predetto.

L'esercizio delle farmacie.

Di particolare importanza è la relazione della Commissione permanente al disegno di legge presentato dal Capo del Governo, Ministro dell'Interno, per la conversione in legge del R. D. legge 3 maggio 1933, recante la proroga del termine di cui all'art. 30 della legge 22 maggio 1913 sull'esercizio delle farmacie. La relazione — dopo aver rilevata l'opportunità del provvedimento adottato che proroga al 31 dicembre 1933 il diritto concesso ai proprietari di farmacie legittime all'esercizio delle farmacie rispettive per venti anni — nota la necessità di tornare presto su un tale argomento che forma già oggetto di esame da parte del Ministero dell'Interno. In merito la Commissione prospetta alcuni emendamenti alla legge 22 maggio 1933 allo scopo di renderne l'applicazione più facile ed ispirata a principii di maggiore equità.

Un omaggio al prof. Legueu.

In occasione del ritiro del prof. Legueu dall'insegnamento, gli antichi capi di clinica hanno deciso di ricordare in modo durevole il periodo di 21 anni, in cui l'insigne urologo ha tenuto la cattedra. A tale scopo verrà pubblicato un volume che costituirà la storia documentale dell'attività della Clinica durante il detto periodo. Esso comprenderà la descrizione della Clinica e del suo funzionamento, l'elenco dei lavori pubblicati dal personale, un riassunto dei lavori principali, la lezione inaugurale e il discorso pronunziato in occasione del centenario di Guyon. Del volume si farà una tiratura limitata. Le prenotazioni importano 100 franchi; poi il volume sarà posto in vendita a 160 franchi. Rivolgersi alla Casa Masson & C.ie, boulevard Saint-Germain 120, Paris VIe.

Una prolusione.

Il giorno 4 dicembre, nell'aula della Clinica Chirurgica della R. Università di Roma, il generale medico prof. Filippo Caccia ha inaugurato il suo Corso di traumatologia di guerra. Alla prolusione sono intervenuti i proff.: Busi, preside della Facoltà di Medicina; Alessandri, Perez e Dalla Vedova con tutti i loro assistenti, il direttore della Sanità Militare della R. Marina generale medico Falzo, i generali medici del R. Esercito Santucci, Rizzuti e Mariotti-Bianchi, i colonnelli medici Di Nola, Napolitani e Monaco, ed infine un foltissimo stuolo di ufficiali medici e di studenti.

Il prof. Caccia, dopo aver lumeggiato le benemerenze del Corpo Sanitario militare durante l'ultimo grande conflitto, ha messo in rilievo la vera essenza della chirurgia bellica tratteggiando, inoltre, le speciali doti scientifiche e spirituali del chirurgo di guerra ed ha terminato ringraziando tutte le autorità civili e militari convenute.

Alla fine della smagliante orazione tutto l'uditorio ha tributato al generale Caccia una calorosa ovazione.

Processo contro un chirurgo.

Il chirurgo Dujarier di Parigi, dopo aver tentato di dissuadere una signora dal proposito di far ridurre il volume delle proprie gambe, aveva eseguito questo intervento estetico; ma sopravvenne un'infezione gangrenosa, che rese necessaria l'amputazione di una gamba; con stento si riuscì a salvare la vita della paziente. Questa intentò causa; il Tribunale condannò il chirurgo a corrispondere un fortissimo indennizzo, e la Corte d'appello ha confermato la sentenza; intanto il chirurgo — a quanto sembra perchè accasciato dall'evidente ingiustizia, che lo ha rovinato materialmente e professionalmente — è venuto a morte.

Un po' dovunque.

La Società Lombarda di Chirurgia si è adunata il 10 novembre sotto la presidenza del prof. M. Donati. Furono fatte comunicazioni dai soci A. Bilello, N. Della Mano, M. Fumagalli, E. Ettorre; quasi tutte furono seguìte da ampie discussioni.

L'Associazione Medica Triestina (Circolo di Cultura del Sindacato Fascista Medici) si è adunata il 1° dicembre sotto la presidenza del prof. C. Ravasini. Il dott. E. Tagliaferro ha trattato il tema: « Studio della pressione media ».

Un corso complementare d'igiene pratica si svolgerà nella R. Università di Pisa dal 1° aprile al 31 maggio; modalità consuete; tassa L. 300.

Il Capo del Governo ha ricevuto da sir Joseph Robinson, deputato del Sud-Africa, la somma di 1000 sterline (62.000 lire it.) come offerta all'Istituto Vittorio Emanuele di Roma contro il Cancro.

È in progetto la ricostruzione dell'Ospedale Westminster di Londra; per intraprendere i lavori, occorrerebbe raccogliere 100.000 sterline (6 milioni di lire it.) prima del marzo 1934; fin'ora si sono sottoscritte meno di 40.000 sterline.

È stato inaugurato a Madrid l'Istituto « Scientia », per il trattamento delle tubercolosi chirurgiche nelle classi povere; è diretto dai dottori Francisco Pérez Bueno e Vicente Molina.

È stato inaugurato a Madrid, con l'intervento del presidente della Repubblica, l'istituto provinciale di puericultura, che può ospitare 1014 bambini e inoltre contiene 122 camere per madri lattanti; consta di 3 padiglioni, di cui uno a quattro piani e gli altri a due piani.

Si è inaugurata a Barcellona una clinica psichiatrica d'urgenza, per l'esame e la cura dei malati in attesa di essere ricoverati negli ospedali psichiatrici. Può accogliere 250 malati.

Sono stati stanziati 1.500.000 marchi per la costruzione di una grande Clinica chirurgica presso l'Università di Heidelberg.

Si è inaugurata a Sosnowietz (Polonia) una maternità, dipendente dalle casse d'assicurazione sociale; è capace di 110 letti; è diretta dal dott. Suchodolski.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Journ. des Praticiens, 7 ott. — GOUGEROT. Difese e immunizzaz. della pelle.

Arch. internal Med., sett. — H. H. PERMAR e H. D. GOEHRING. Intossicaz. da cincofene. — O. SAPHIR e al. Infiltraz. grassa del cuore. — J. A. GREENE. Studi clinici sulla respiraz.

Giorn. di Batter. e Immun., sett. — U. REVELLI. Etiologia della scarlattina.

Journal A. M. A., 23 sett. — S. B. BLACKELY. Il dolore addomin. in gravidanza. — J. C. GEIGER e J. P. GRAY. Avvelenam. alimentari.

Münch. Med. Woch., 6 ott. — A. MAYER. Indici di lesioni del feto. — R. SPIEGLER e al. Leucorrea.

Deut. Med. Woch., 6 ott. — BOEMINGHANS. Tecnica della sterilizzaz. sull'uomo. — HASELHORST. Diagn. e trattam. della sterilità femminile.

Minerva Med., 6 ott. — A. CASTIGLIONI. L'opera di B. Ramazzini. — B. GRAU. Metodo pratico per la ricerca del metabolismo basale.

Presse Méd., 7 ott. — T. ALAJOUANINE. Artropatie nervose. — ANDRÉ-THOMAS e al. Paraplegia scoliotica.

Revue Neurol., sett. — K. HENNER. Primi segni cerebellari dei tumori dell'angolo ponto-cerebellare.

Paris Méd., 7 ott. — Numero di neurologia.

Arch. It. di Chir., sett. — Batteriologia delle peritoniti acute. — A. ODANA e F. VOLANTE. Pachimeningite interna emorragica d'orig. traumat.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 1 ott. — E. DI LAURO. L'anatossina difterica è stabilmente atossica?

Jornal dos Clinicos, 15 sett. — S. MASTRANGIOLI e al. Nefrosi lipoidica.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — L. ARNOLD. La flora batterica nello stomaco e nell'intest. — R. DASSEN. Febbre tifoide atipica. — J. W. SCOTH e M. M. CANTOR. Tetania da iperventilazioni. — T. D. SPIES e H. F. DEVOLFF. Rapporti tra alcoolismo grave e pellagra. — E. B. CRAVEN. Avvelenamento da bromuri. — M. ENKELEWITZ e M. LASKER. Pentosuria. — E. T. HOVERSON. Iperpiressia. — M. B. ROSENBLATT. Amiloidosi e nefrosi amiloide.

Amer. Med., sett. — Numero sull'urologia.

Wien. Klin. Woch., 13 ott. — SCHLIEPHAKE. Onde corte in terapia.

Journal A. M. A., 30 sett. — C. ROSSER. Problemi correnti di proctologia. — M. H. HARRIS e E. BRAND. Sulle miopatie; somministraz. di glicina.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., ott. — M. HELFAND. Paralisi bulbare progr.

Nutrition, 4. — Numero sulle ptosi viscerali.

Bull. Ac. de Méd., 3 ott. — BÉCLÈRE. Il cancro dei radiologi.

Bull. Trimestr. de l'Organ. d'Hygiène, sett. — R. CHRISTOPHERS e A. MISSIROLI. Casa e malaria.

Medic. Latina, sett. — T. HERNANDO. Trattam. del reumatismo. — L. DE LARA. Trattam. del coma diabetico.

Lancet, 14 ott. — N. B. BARRETT. Sieroterapia del morbo di Hodgkin. — R. J. V. PULVERTAFT. Trattam. del linfoadenoma con siero di pollo.

Brit. Med. Journ., 14 ott. — R. MC CARRISON. Gozzo e dieta.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 ott. — M. PÉHU. Le malattie allergiche.

Gaz. d. Hôp., 14 ott. — M. ALBEAUX-FERNET e P. COLLART. Le concezioni attuali dell'herpes.

Presse Méd., 14 ott. — P. HALBRON e al. Trattamento dell'angina pectoris con certi acidi amidati.

Arch. Urug. de Med. ecc., sett. — J. C. PLÁ e A. FABREGAT. Sintomi neurologici nella febbre tifoide.

Bruxelles-Méd., 15 ott. — G.-L. PIOTROWSKI. Glicosuria e glicemia nel diabete.

Indice alfabetico per materie.

Il N. 52 contenente il frontespizio e l'Indice Generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il N. 1 dell'annata XLI uscirà il 1º gennaio 1934.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, Resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.